МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ
„ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН“
СВЕТИ НИКОЛЕ – БИТОЛА
РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА
СТУДИСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧКА И СОВЕТОДАВНА ПСИХОЛОГИЈА

МАГИСТЕРСКИ ТРУД

Влијанието на дислексијата врз појава на депресија кај децата

СТУДЕНТ: **ТАЊА ПЕТРУШЕВСКА СИНАДИНОВСКА**

БРОЈ НА ИНДЕКС: **M173002**

МЕНТОР: **ПРОФ. Д-Р САШО КОЧАНКОВСКИ**

Свети Николе, 2021

СОДРЖИНА

АПСТРАКТ 5

ABSTRACT 6

ВОВЕД 7

1. Дефинирање на проблемот и основните поими 9

1.1. Дислексија 9

1.1.1. Историски осврт за дислексијата 10

1.1.2. Дефинирање на поимот дислексија 13

1.1.3. Дислексичен синдром 16

1.1.4. Наследност на дислексијата 18

1.1.5. Когнитивна основа на дислексија 18

1.1.6. Прикз на случај 19

1.1.7. Теории за потекло на дислексијата 30

1.1.8. Фонолошко-дефицитна теорија 31

1.1.9. Теорија за брза аудитивна обработка 34

1.1.10. Визуелната теорија 34

1.1.11. Теоријата на малиот мозок 35

1.1.12. Магноцелуларната теорија 35

1.1.13. Дијагноза и третман на дислексија 36

1.2. Депресија 39

1.2.1. Депресија кај деца на училишна возраст 40

1.2.2. Клиничка презентација 41

1.2.3. Диференцијална дијагноза 43

1.2.4. Проценка на депресивно дете 44

1.2.5. Дијагноза 44

1.2.6. Третман 45

1.2.7. Прогнози..... 48

1.3. Релевантни емпириски истражувања 48

2. Методологија на истражувањето 55

2.1. Дизајн на истражувањето 55

2.2. Предмет на истражувањето 55

2.3. Задачи на истражувањето 55

2.4. Цел и карактер на истражувањето 56

2.5. Хипотези 56

2.6. Варијабли во истражувањето 57

2.6.1. Истражувачки варијабли 57

2.6.1.1. Присуство на дислексија 57

2.6.1.2. Степен на депресија 57

2.6.2. Релативни варијабли 58

2.7.Дефинирање на испитуваната група 58

2.8. Методи, техники и инструменти на истражување 58

2.8.1.Тест за дислексија 58

2.8.2. Инвентар за депресија кај децата - CDI 60

2.9. Статистичка обработка на податоците 61

3. РЕЗУЛТАТИ 62

4. ДИСКУСИЈА 100

5. ЗАКЛУЧОЦИ 105

6. ПРЕПОРАКИ 107

7. РЕФЕРЕНЦИ 108

8. ПРИЛОЗИ 117

АПСТРАКТ

Вовед - Дислексијата е специфично нарушување во развојот. Некои од основните симптоми на дислексија може да опстојуваат и во зрелоста. Нарушувањето во читање се карактеризира со доста значително намалена брзина на читање. Депресијата, од клинички аспект, претставува патолошка состојба која предизвикува нарушување на психолошкото, социјалното и професионалното функционирање на личноста.

Цел на трудот - Целта на истражувањето ќе биде да се дојде до податоци колкав е бројот на ученици кои имаат специфични потешкотии во учењето, односно дислексија. Дали постои разлика во инциденцата на појава на дислексија во однос на полот. Дали постои поврзаност помеѓу присуството на дислексија и појавата на знаци на депресија и дали има разлика во тој процент во однос на полот.

Метеријал и методи - Ова истражување претставува студија на пресек која е спроведена врз основа на резултатите добиени од анализа на податоците од Тестот за дислексија и Инвентарот за депресија кај децата (CDI). За потребите на ова истражување се користи верижен примерок (примерок на „снежна топка“) од потенцијални испитаници онлајн.

Резултати - Присуството на дислексија влијае на појавата на депресија кај децата, односно присуството на дислексија ја зголемува можноста за појава на депресија кај децата, а нејзиното отсуство ја намалува можноста за појава на депресија. Степенот на дислексија влијае на појавата на симптоми на депресија кај детето. Децата од машки пол имаат статистички сигнификантна повисока средна вредност на тестот за дислексија.

Заклучок - Оваа студија ја потенцира потребата за идентификување на децата кои имаат дислексија со цел да навремено да се интервенира за да им се помогне да го надминат овој тежок развоен период на транзиција. Ефективни програми за корекција на читање, подобрување на фокус и концентрација, како и психосоцијалните интервенции, кои би им помогнале на лицата со дислексија да ја подобрат сликата која ја имаат за себе.

Клучни зборови: Дислексија, депресија, деца.

ABSTRACT

Introduction - Dyslexia is a specific developmental disorder. Some of the basic symptoms of dyslexia may persist into adulthood. Reading disorder is characterized by a very significantly reduced reading speed. Depression, from a clinical point of view, is a pathological condition that causes disturbances in the psychological, social and professional functioning of the person.

Purpose of the paper - The purpose of the research will be to obtain data on the number of students who have specific learning difficulties, ie dyslexia. Is there a difference in the incidence of dyslexia in relation to gender? Is there a relationship between the presence of dyslexia and the appearance of signs of depression and is there a difference in that percentage in terms of gender.

Material and methods - This research is a cross-sectional study based on the results of the analysis of data obtained from the Dyslexia Test and the Depression Inventory in Children (CDI). For the purposes of this research, a chain sample (a sample of a "snowball") is used by potential respondents online.

Results - The presence of dyslexia affects the occurrence of depression in children. That is, the presence of dyslexia increases the possibility of depression in children, and its absence reduces the possibility of depression. The degree of dyslexia affects the onset of depressive symptoms in the child. Male children have a statistically significant higher mean on the dyslexia test.

Conclusion - This study highlights the need to identify children with dyslexia in order to intervene in a timely manner to help them overcome this difficult developmental transition period. Effective programs for correcting reading, improving focus and concentration, as well as psychosocial interventions that would help people with dyslexia improve their self-image.

Key words. Dyslexia, depression, children.

ВОВЕД

Дислексијата претставува едно од нарушувањата со поголема преваленца кај групата нарушувања на учењето. Во текот на изминатите години, спроведени се многу студии за да се објаснат причините за појавата на дислексијата и да се покажат најновите достигнувања за нејзин третман. Дислексичарите мора да надминат неколку бариери во текот на нивниот живот за да можат да ги исполнат своите соништа и да ги постигнат своите цели. Фактот дека некои од нив не се откриваат рано, може да влијае на нивното самопочитување и на селф-концептот. Откако ќе се направи проценка и ќе се потврди дека имаат дислексија, истражувањата покажуваат дека овие лица учат подобро.

Во пристапот со дислексичните деца, една од најчесто занемарените страни е емоционалната страна. Наставниците и родителите ги забележуваат проблемите со читање, пишување, правопис, па дури и математика, но, за жал, тие многу лесно може да го пропуштат растечкиот елемент на недостаток на мотивација, ниска самодоверба и вознемиреност, што се развива и како детето поминува низ училишните клупи притисокот станува сè поголем. Фрустрацијата кај децата со дислексија често се фокусира на нивната неможност да ги исполнат очекувањата. Нивните родители и наставници гледаат бистро дете кое не може да научи да чита и пишува. Следствено на тоа, дислексичарите и нивните родители постојано слушаат: „Тој/таа е многу умно, но мрзливо дете“. Иронијата е во тоа што никој точно не знае колку напор и труд вложуваат тие деца, колку патат затоа што не можат да ги постигнат очекувањата на другите. Од ова потешко им е само тоа што не можат да ги постигнат своите цели. Ова е особено точно за оние кои развиваат перфекционистички очекувања со цел да се справат со својата вознемиреност. Тие растат верувајќи дека е „страшно“ да се направи грешка. Сепак, нивната попреченост во учењето, скоро по дефиниција, значи дека овие деца ќе направат многу „невнимателни“ или „глупави“ грешки. Ова е крајно фрустрирачко за нив, бидејќи ги прави да се чувствуваат несигурни. Сето ова на долги стази може да предизвика многу проблеми во нивниот личен социјален живот.

Дислексијата може да ги направи училиштето и работата многу попредизвикувачки од вообичаеното и може да предизвика вознемиреност кај луѓето, кај кои навремено не се откриени и кои не се третирани со некоја од програмите за

третман на дислексија.

Анксиозноста и стресот исто така може да предизвикаат симптоми на депресија и чувство на ниска самодоверба кај овие луѓе. За жал, постои врска помеѓу пречките во учењето и стапките на депресија и други нарушувања на расположението. Но, постојат ефективни методи на лекување на дислексија и депресија.

Дислексичарите честопати имаат проблеми со социјалните односи. Дислексичните деца можат да бидат физички и социјално незрели, во споредба со нивните врсници. Ова може да доведе до слаба слика за себе и неприфаќање од страна на врсниците. Социјалната незрелост може да им предизвика незгоди во одредени социјални ситуации. Многу дислексичари имаат потешкотии во читањето на социјалните сигнали. Тие можат да бидат несвесни за количината на лична оддалеченост, неопходна во социјалните интеракции или нечувствителни на говорот на телото на другите луѓе. Дислексијата често влијае на функционирањето на оралниот јазик. Засегнатите лица може да имаат проблем да ги пронајдат вистинските зборови, може да застанат или да паузираат пред да одговорат на директни прашања. Ова ги става во неповолна положба, особено во периодот на адолесценција, кога јазикот станува посуштински во нивните односи со врсниците.

Неможноста за читање и разбирање е една од најголемите пречки за учење, со сериозни образовни, социјални и емоционални последици, поврзани со различни нивоа на анксиозност и депресија.

Земајќи ја предвид врската помеѓу депресијата и когнитивните функции, забележан е недостаток на студии спроведени со лица со пречки во учењето.

1. Дефинирање на проблемот и основните поими

1.1. Дислексија

Секој има внатрешна слика за неговите/нејзините јаки и слаби страни, кои се под влијание на позитивните и негативните одговори што тој/таа ги добива од луѓето за кои смета дека се важни за него/неа (Mosley, 1995). Идејата што ја имаме за нас самите и за вредноста што ја препишуваме на самите себе, ја претставува нашата самодоверба. Самопочитта создадена од искуствата, почнува да се обликува од најраните години на животот (Stenhouse, 1994).

Децата се огледуваат на своите родители и копнеат по нивното прифаќање и одобрување. Децата со дислексија стравуваат дека како резултат на нивниот академски неуспех, тие ќе ја изгубат поддршката и љубовта од нивните семејства. Без соодветна помош и поддршка, децата со дислексија можат да станат дел од еден магичен круг исполнет со чувство на вина и несоодветност.

Развојната дислексија традиционално се дефинира како несовпаѓање помеѓу способноста за читање и интелигенцијата кај децата кои добиваат соодветна настава за читање. Бидејќи дефиницијата е целосно бихевиорална, таа ги остава отворени причините за неуспех во читањето. Сега е добро утврдено дека дислексијата е невролошко нарушување со генетско потекло, кое во моментов се испитува. Нарушувањето има доживотна перзистенција, а нарушувањето на читањето е само една од неговите манифестации. Надвор од овој консензус и покрај децениското интензивно истражување, основните биолошки и когнитивни причини за проблемите со читањето сè уште жестоко се расправаат.

За првпат опишана пред повеќе од 100 години, развојната дислексија (специфична попреченост во читањето) сè уште претставува доста контроверзна тема. Постои конфузија во однос на дефиницијата, психолошката основа, концептуализацијата, па дури и името. Сепак, новите научни истражувања значително ни помогаат да ги разбереме главните основни когнитивни дефицити што доведуваат до слабо читање.

Првиот пријавен случај на развојна дислексија е објавен во Британскиот медицински журнал во 1896 год. од страна на д-р Pringle Morgan, општ лекар, кој опишал случај на 14-годишно момче по име Percy, кое и покрај тоа што било „бистро и со просечна интелигенција“, не било во можност да научи да чита. Примероците од пишувањето на Percy покажале многу правописни грешки, карактеристични за дислексијата. Morgan истакнал дека Percy може да чита броеви, но има потешкотии со пишаните зборови. На пример, тој можел да го препознае бројот 7, но не и зборот седум (Morgan, W. P.,1896). Hinshelwood, J. (1907) подоцна оваа состојба ја нарекол „вродено слепило за зборови“.

1.1.1. Историски осврт за дислексијата

Централна тема во историјата на дислексија е тензијата помеѓу специфичноста на нарушувањето и неговата комплексна асоцијација со други форми на попреченост во учењето. Од нејзиниот најран опис пред повеќе од 100 години, преку списите на случаи на Центарот за слепило на зборовите (Whyte, 2020) и на Tim Miles (Evans, 2020), до поновите невропсихолошки студии на случај (Snowling & Hulme, 1989), е присутна идејата дека дислексијата е специфичен - посебен проблем со читање и правопис, кој е некако неочекуван и затоа бара дијагноза и објаснување, како и специјалистичка интервенција. Во исто време, историјата на дислексија доловува чувство на сложеност дека може да има неколку „видови“ на дислексија. Овие тензии се забележуваат во повеќегодишните дискусии околу дефиницијата за дислексија, без разлика дали постојат различни „подвидови“ и прашања во врска со тоа дали таа воопшто постои.

Долги години, истражувањето на дислексијата се одвивало врз основа на тоа дека станува збор за специфична тешкотија во учењето. Терминот „специфичен“ овде се однесува на фактот дека децата со дислексија имаат потешкотии во доменот на читање (и правопис) кои „не се во согласност“ со очекувањата, со оглед на возраста и коефициентот на интелигенција. Образовната и клиничката психолошка пракса треба да бара несовпаѓање помеѓу очекуваното и реалното достигнување на читање за да се „дијагностицира“ дислексија. Сепак, неуспехот да се најдат квалитативни разлики во читањето (и фонолошките вештини што го поткрепуваат тоа) помеѓу децата со дислексија и децата со поопшти проблеми со учењето, доведува до губење на

кредибилитетот на ваквата дефиниција за „несовпаѓање“.

Во 1877 година, тешкотиите во читањето и правописот, карактеристични за дислексијата денес, први ги идентификувал Adolph Kussmaul, германски професор по медицина. Тој го воведува терминот „слепило за зборови“ затоа што во тој период се верувало дека ваквите потешкотии произлегуваат од некаков вид на дефицит на окото (Kussmaul, 1877). Дислексијата е дефинирана од современикот на Kussmaul, Rudolph Berlin, офталмолог и академик, со што овој термин е усогласен со другите вообичаени дијагнози во тоа време: алексијата и паралексијата (Berlin, 1883). Тие подразбирале физичко заболување на мозокот, што особено влијаело врз способноста за читање (Wagner, 1973). Посебната важност на Kussmaul за потеклото на дислексијата е потврдена од страна на James Hinshelwood, британски офталмолог, кој ги проширил истражувањата во оваа област во следните години. Според James Hinshelwood, на Kussmaul мора да му се даде признание дека прв успеал да ја препознае можноста оваа неможност за читање да биде препознаена како изолиран симптом. Kussmaul и Berlin веројатно немало да опишат само дислексија, но нивното внимание кон тешкотиите во читањето се покажало како доста влијателно.

Во 1890-тите, британските лекари, вклучувајќи го и James Hinshelwood, доаѓаат до израз. Нивните студии се поблиску усогласени со дислексијата, како што е дефинирана денес. William Pringle Morgan, лекар по општа медицина, го дал најпознатиот опис на дислексијата на овие лекари. Во својот опис на Percy F. „Момче, на возраст од 14 години“, Pringle Morgan (1896, стр. 1378) истакнува: „Тој отсекогаш бил бистро и интелигентно момче, брзо во игрите и во никој случај не бил инфериорен во однос на другите деца на неговата возраст. Неговата голема тешкотија била неговата неспособност да научи да чита. Оваа неспособност е толку извонредна и изразена, што не се сомневам дека тоа се должи на некоја вродена мана“. Четири години подоцна, James Hinshelwood, (1900, стр. 1507) опишал друг, многу сличен случај: „Момче на возраст од 10 години“. „Тој беше очигледно бистро и во секој поглед интелигентно момче. Неговиот татко, медицински човек, сметаше дека неговите големи потешкотии во учењето да чита може да се должат на некои визуелни или мозочни дефекти, но тешкотијата во учењето да чита не се должи на какво било намалување на видната острина, туку на некаков вроден недостаток на визуелната меморија за зборовите“ (Hinshelwood,, 1900, стр. 1507).

Консензусот на ова поле, сепак, не бил универзален. Кога Hinshelwood првпат ги изнел своите идеи, тој направил разлика помеѓу „слепило за зборови“ и „дислексија“ - „необична форма на слепило“ (Hinshelwood,, 1896, стр. 1565). Прецизните разлики меѓу овие поими денес се со ограничена важност. Она што е забележливо е како тогаш се дебатирало за оваа терминологија. Во однос на „слепилото за зборови“, William Broadbent, лекар и современик на Hinshelwood, тврди дека користењето на овој термин било погрешно, затоа што според него, неможноста да се прочитаат зборовите, обично е дел од многу поголем дефицит (Broadbent, 1896, p. 18).

Првите описи на „слепило за зборови“ од William Pringle Morgan и James Hinshelwood, исто така навестуваат на нешто друго - зошто потешкотиите во читањето се појавуваат како проблем кон крајот на 19-ти и почетокот на 20-тиот век и кој ги препознал како проблем. Во студиите на случаите документирани од двајцата лекари, момчињата кои имале проблеми со читањето биле доведени на проценка од страна на нивните татковци, чија грижа ја одразувале со зголемената важност на писменоста за успех во образованието и кариерата. Со воведувањето на задолжителното образование, според Законот за образование во 1870 година, во Британија потешкотиите во учењето, како што е „слепилото за зборови“, започнуваат да се идентификуваат во многу поширок размери. Таквата идентификација довела до формирање на неколку истражни тела во Британија, со што учениците со посеби едукативни потреби, за првпат добиваат официјално државно признавање, со што нивните потешкотии се препознаени како проблем што треба да се реши (McDonagh, 2008, p. 306). На крајот на 19 век, неможноста одредени деца да научат да читаат, како што можат поголемиот дел од децата, официјално е дефинирана како „дефицит“.

Во дваесеттите години од минатиот век, Samuel Orton, американски невропатолог, ја оспорил претпоставката дека корените на пречките во читањето може да се наоѓаат во аголниот гирус и ја промовира својата теорија, според која нарушувањата во читањето се припишуваат на недостаток на доминантна хемисфера во мозокот (Anderson & Meier-Hedde, 2001, p. 17). Иако е неточна, оваа хипотеза ја дефинира дислексијата како нарушување во развојот, што пак, ја доведува дислексијата под надлежност на психологијата, која во почетокот на 20 век станала прогресивно демаркирана од филозофијата од една страна и медицината од друга (N. Rose, 1985).

Се чини дека проблемот кај дислексијата е во начинот на размислување на децата, а не болест, повреда или друг физички дефект на мозокот. Со оглед на нејзината посебна улога во влијанието врз учењето, дислексијата стана грижа на образовната психологија.

Првиот британски образовен психолог, којшто ја презел одговорноста за идентификација на деца со потешкотии во учењето и нивно запишување во специјални училишта, бил Cyril .

Во 1942 година, Millfield, независното училиште во Somerset, станало првото училиште во Велика Британија кое се осврнало на дислексијата конкретно. Нивниот прв ученик, дијагностициран како дислексичен, е Martin Attlee, син на тогашниот заменик премиер, Clement.

Во 1962 година се одржала мала, но доста посетена, најмногу од психолози, конференција во болницата Barts, Лондон, организирана од педијатарот, Alfred White Franklin. На оваа конференција присутните одлучиле дека дислексијата бара поголемо усогласено истражување (White Franklin, 1962).

Начинот на кој дислексијата е препознаена од образовниот систем и пошироко од општеството, се променил во текот на нејзината историја и продолжува да се развива.

1.1.2. Дефинирање на поимот дислексија

Зборот дислексија потекнува од грчките зборови **dys,** што означува тешко или несоодветност и **lexis**, што значи збор. Голем број термини се користени за да се опише дислексијата. Во психијатриските класификации од МКБ-10 (WHO,1992) и DSM–IV (American Psychiatric Association, 1994), дислексијата се нарекува „нарушување во читањето“.

Денес, можеби преовладувачката критика за дислексијата е дека нејзината дефиниција е двосмислена. Спротивно на одредени физички попреченост, истата основна когнитивна тешкотија може да се појави на различни начини, во зависност од можностите на располагање на / или другите способности на поединецот. Основно е

тука што „скриените попреченост“, како дислексијата, не се секогаш видливи, туку напротив, тие стануваат видливи под одредени услови и различно се манифестираат кај различни луѓе.

Дислексијата е евидентна кога точното и течно читање на зборови и/или правопис се развива многу нецелосно или со големи тешкотии. Ова се фокусира на учењето за писменост на ниво на „збор“ и подразбира дека проблемот е сериозен и упорен и покрај соодветните можности за учење. (Британско психолошко друштво, 1999, стр. 64)

Дислексијата главно се дефинира како низок крај на нормалната дистрибуција на способноста за читање зборови... Така, за да се дијагностицира нарушувањето, мора да се постави некаков произволен прекин на континуирана променлива. (Peterson и Pennington, 2015, стр. 285)

Дислексичари се деца (а подоцна и возрасни), чие читање е на ниско ниво на нормална дистрибуција. Вештината за читање произлегува од комбинација на димензионални фактори (т.е. оние што се разликуваат по степен), давајќи крива во форма на ѕвонче. Тешкотиите во читањето на децата во долната опашка се сериозни и бараат посебно внимание. „Дислексија“ се однесува на овие деца. Гледано на овој начин, дислексијата е во континуитет со нормално „читање“. Сите деца се соочуваат со исти предизвици во учењето да читаат, но дислексичарите имаат потешкотии со основните компоненти. (Seidenberg, 2017 година, стр. 156–157)

Дислексијата е специфично нарушување во развојот. Некои од основните симптоми на дислексија може да опстојуваат и во зрелоста. Околу 5% од децата и адолесцентите страдаат од дислексија. Психолошките манифестации, кои честопати ја придружуваат дислексијата, имаат сериозни ефекти врз децата, адолесцентите и возрасните со дислексија. Дислексијата се карактеризира со специфично, изолирано оштетување на читањето и правописот, што не може да се објасни со одложен развој на когнитивните способности или ниска интелигенција. Сепак, предрасудата дека децата со дислексија (исто така наречено нарушување на читањето и правописот) се неинтелигентни и не се соодветни за образование од областа на правописот и граматиката е многу раширена. Можна причина за ова е поради тоа што до 1980-тите се

сметало дека дислексијата е предизвикана од едукативни методи. Сепак, резултатите од основните истражувања, спроведени во последните 30 години, покажуваат дека дислексијата има невробиолошки корелации и дека генетските фактори влијаат на способноста за читање и правопис.

Нарушувањето во читање се карактеризира со доста значително намалена брзина на читање. Децата со нарушување во читањето честопати бараат два до три пати повеќе време од другите деца или повеќе, за да прочитаат одреден текст. Побавното читање доведува до големи потешкотии во разбирањето на прочитаното, особено при читање подолги реченици. Поврзувањето на одделни букви со нивните соодветни звуци е многу бавно и честопати се прават грешки. Наместо зборови што се тешки за читање, децата со нарушување во читањето имаат тенденција да читаат други зборови со слични букви (букет – бурек). Некои деца успеваат да ја заклучат содржината на реченицата врз основа на другите зборови што ги содржи реченицата, дури и кога индивидуалните зборови се читаат погрешно. Затоа е многу важно при поставување на дијагнозата да се земе предвид не само разбирањето на читањето, туку и брзината со која се читаат на глас одделни зборови. Ограничената брзина на читање е исто така битен симптом, поради кој треба да се посомневаме на присуство на нарушување во читањето кај возрасните. Ова се случува особено со сложени, повеќесложни и ретки зборови. Во стресни ситуации, како што е на пример, читање на глас пред други луѓе, симптомите се зголемуваат. Нарушувањето во читањето се манифестира и при броење и при учење странски јазици. Правописното нарушување се карактеризира со значително зголемен број на правописни грешки. Децата со правописно нарушување обично пишуваат само 10% од 40% зборови правилно. При слободно пишување, зборовите се избегнуваат кога децата се сомневаат дека не можат правилно да ги пишуваат. Ова често се перципира како ограничен вокабулар или недостаток на јазична способност. Сепак, вообичаена е стратегија за компензација за да се избегнат правописните грешки, кои сè уште често се коригираат со црвено пенкало, со негативни коментари од наставниците. Токму оваа корекција со црвено пенкало од сè уште непознати причини прави дополнителни проблеми кај децата со дислексија. Доколку наставникот користи пенкало во која било друга боја освен црвена, за корекција на правописните грешки, децата со дислексија тоа го прифаќаат како нормална работа. Корекцијата со црвено пенкало кај овие деца има доста негативен ефект.

Терминот дислексија може да се користи за да се опишат деца кои имаат проблеми со учењето да читаат и пишуваат. Често кога се воспоставува основно ниво на способност за читање и правопис, постојат постојани проблеми со течно читање. Дислексијата е димензионално нарушување, без јасно отсекување од слабото читање. Ова не значи дека не е хендикеп. Ако продолжат тешкотиите во учењето и во развивањето на флуентност, тогаш ќе тврдиме дека треба да се користи терминот, кој ја сигнализира потребата од интервенција. Покрај тоа, треба да се признае дека е потребна проценка за да се идентификуваат проблемите што се појавуваат заедно со дислексијата. Доколку се присутни, овие проблеми може да бараат посебно управување, но тие не ја дефинираат дислексијата. Потребата да се интервенира е јасна: децата со слабо читање се изложени на зголемен ризик за низа емоционални потешкотии и однесувањето. Покрај тоа, долгорочните студии за следење појаснуваат дека проблемите со писменоста продолжуваат и во зрелоста и се поврзани со пониско ниво на образование, повисока стапка на неквалификувана вработеност и често периоди на невработеност (Maughan и сор., 2020). Бидејќи некои лица со дислексија можат да ги компензираат своите тешкотии и да постигнат значителен академски успех, можеме да заклучиме дека дислексијата е оневозможувачка само ако поединецот остане неспособен да се справи со барањата за учење или работа, дури и кога има соодветна помош. И покрај најголемите напори, на некои деца ќе им биде тешко читањето. Оптималните резултати за овие деца бараат од нас да ја прифатиме димензионалната природа на дислексијата и нејзините придружни комплексности.

1.1.3. Дислексичен синдром

Дислексијата претставува специфична попреченост во учењето, која има невробиолошко потекло. Се карактеризира со тешкотии со точно и/или течно препознавање на зборови и со слаби способности на правопис и декодирање. Овие потешкотии обично резултираат од дефицит во фонолошката компонента на јазикот, што е честопати неочекувано во однос на другите когнитивни способности и обезбедувањето на ефективна настава во училиштето. Секундарните последици може да вклучуваат проблеми во разбирањето на прочитаното и намалена желба за читање, што може да го попречи зголемувањето на вокабуларот и збогатување на знаењата (Lyon, G. R. и сор., 2003).

Развојната дислексија се карактеризира со неочекувана тешкотија во читањето кај деца и возрасни кои инаку поседуваат интелигенција, мотивација и едукација, коишто се сметаат за неопходни за точно и течно читање. Дислексијата (или специфичната попреченост во читањето) е најчестата и највнимателно проучувана попреченост во учењето, што влијае на 80 проценти од сите идентификувани ученици со посебни потреби за учење. Иако дијагнозата и импликациите на дислексијата некогаш беа доста несигурни, неодамнешниот напредок во нашето знаење за нејзината епидемиологија, невробиологија и генетика, како и за когнитивните влијанија врз ова нарушување, сега им овозможува на лекарите да пристапат кон дислексијата во рамките на традиционалниот медицинска модел.

Широкиот спектар на симптоми се манифестира со дислексичен синдром. Од таа причина, експерти од различни области даваат различни дефиниции. Најчесто препознаените карактеристики вклучуваат: проблеми со читањето, правописот и пишувањето. Други симптоми на дислексичен синдром вклучуваат: збунетост (дезориентација) во времето и просторот, неорганизација и тешкотии со разбирањето. Некои дислексичари откриваат дека тие не се во состојба да научат да читаат. Како возрасни, тие сè уште се борат со составување звуци и букви за декодирање на зборови.

Дислексијата е трајна состојба која се карактеризира со тешкотии во читањето, кои вклучуваат неточно или бавно и напорно читање на зборови, слабо декодирање и слаби правописни способности. Луѓето со дислексија може да имаат психолошки и психопатолошки проблеми, како што се: слаба самодоверба, слаба еластичност и симптоми на депресија и анксиозност. Тие исто така може да развијат социјални проблеми и емоционални проблеми, како и ниска академска и социјална самоефикасност.

Со оглед на тоа што дислексијата е првенствено схоластичен проблем и одговорноста за каква било интервенција ја имаат образовните кадри и институции, се доведува во прашање улогата на психологот во третманот на дислексијата. Дислексијата е најчеста од сите специфични нарушувања во развојот. Таа опфаќа скоро три четвртини од сите специфични тешкотии во учењето (Shaywitz, 2003a). Проценетата минимална преваленца на дисексијата е околу 5%. Ова е значително

повисоко од највисоките проценки за распространетоста на нарушувањата во аутистичниот спектар, што е околу 1% (Baird 2006; Baron-Cohen, 2009). Процентот на коморбидитетни проблеми со менталното здравје кај децата е значителен, повеќе и од 50% (Thambirajah, M. S., 2010).

1.1.4. Наследност на дислексијата

Дислексијата е семејна и наследна. Семејната историја е еден од најважните фактори на ризик. Стапката на деца со дислексија, кои имаат родител кој исто така е дислексичен, се движи од 23, па дури до 65 проценти. Стапка со приближно 40 проценти, помеѓу браќа и сестри и од 27 до 49 проценти помеѓу децата и родителите, дава можности за рано идентификување, но и корисна идентификација за погодените возрасни лица. Студиите вклучуваат поврзаност на одредени локуси на хромозомите 6 и 15 со пречките во читањето (Shaywitz, 1998).

1.1.5. Когнитивна основа на дислексија

Кај дислексијата, основните потешкотии во читањето се јавуваат на ниво на збор. Централниот проблем вклучува неможност за поединечно препознавање на зборовите, што води кон лошо и неправилно читање и правопис, што, пак, понатаму води до неможност за течно читање. Јазичните вештини кои се на повисоко ниво, синтаксата (граматиката), семантиката (значењето) и прагматиката (социјална употреба на јазикот) се неповредени.

Според одредени истражувањата во областа на развојната психологија во изминатите 40 години, слабите способности за читање зборови произлегуваат од специфичен дефект во фонолошката (говорна) обработка. Овој дефицит на обработка опфаќа најмалку два елементи: дефицит во фонолошките вештини и оштетување при стекнување вештини за декодирање од текст до звук. Постојат докази дека овие фонолошки недостатоци се присутни пред децата да научат да читаат (Gallagher, A. и сор. 2000) и може да се проценат со тестови на подготвеност за читање (на пример, римување, именување).

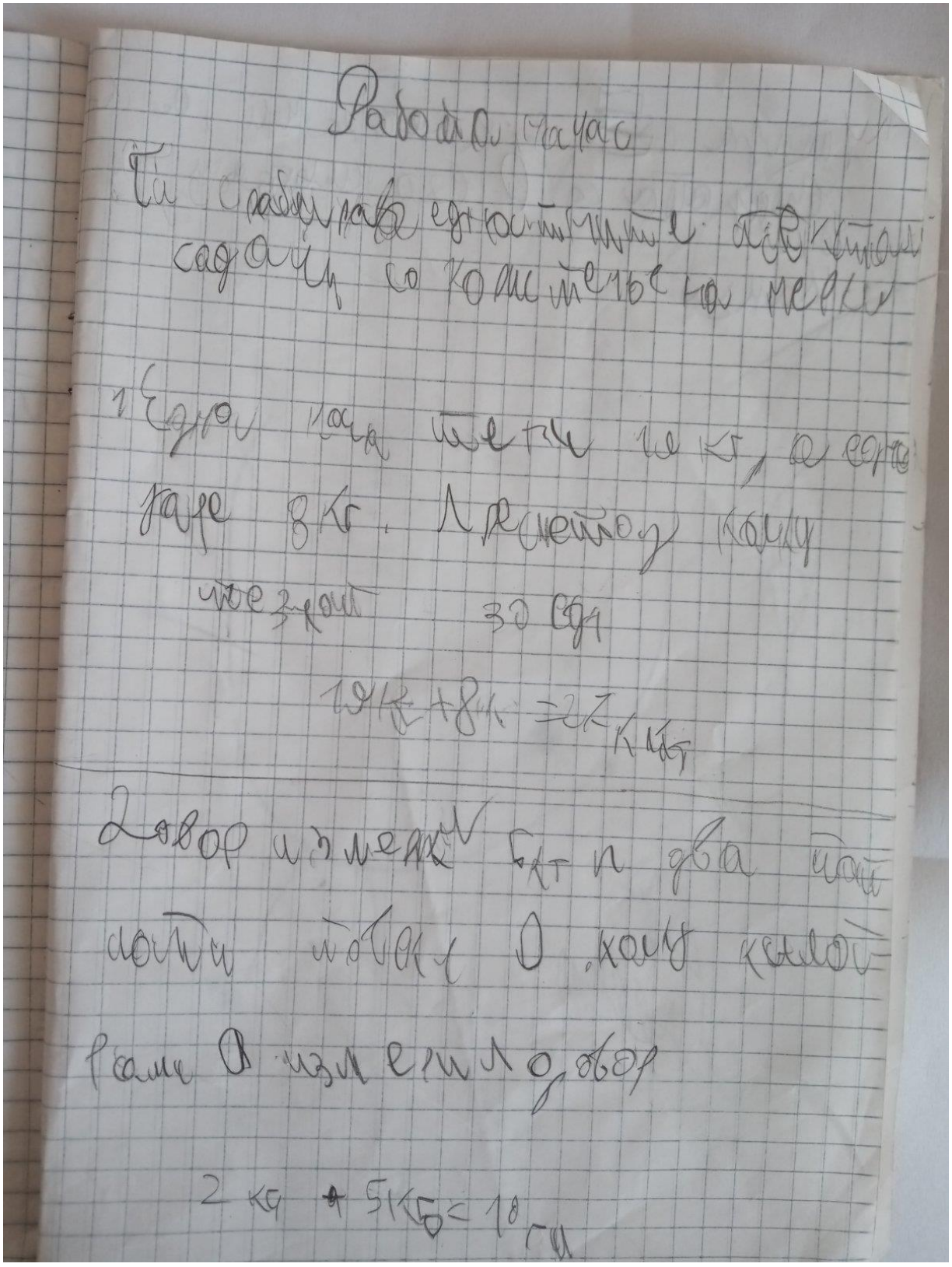
Читањето претставува процес на извлекување на значење од испечатен текст, што вклучува и визуелно-перцептивни и јазични процеси. Предложени се теории за дислексија кои се засноваат на визуелниот систем, јазичниот систем, и други фактори.

Без оглед на придонесите на другите системи и процеси, сега постои силен консензус меѓу истражувачите од областа дека централната тешкотија во дислексијата одразува недостаток во одредена компонента на јазичниот систем, фонолошкиот модул, кој се занимава со обработка на звуците на говорот. Според хипотезата за фонолошки дефицит, луѓето со дислексија имаат потешкотии во развивањето на свеста дека зборовите, пишани и изговорени, можат да се разложат на помали единици на звук и дека, всушност, буквите што го сочинуваат печатениот збор, претставуваат звуци што се слушаат во изговорениот збор. За лицата со дислексија напишаните букви во зборот претставуваат само цртички и тие не можат да ги поврзат тие цртички со изговорениот збор. Голем дел од лицата со дислексија се т.н. picture thinker, односно тие размислуваат со слики.

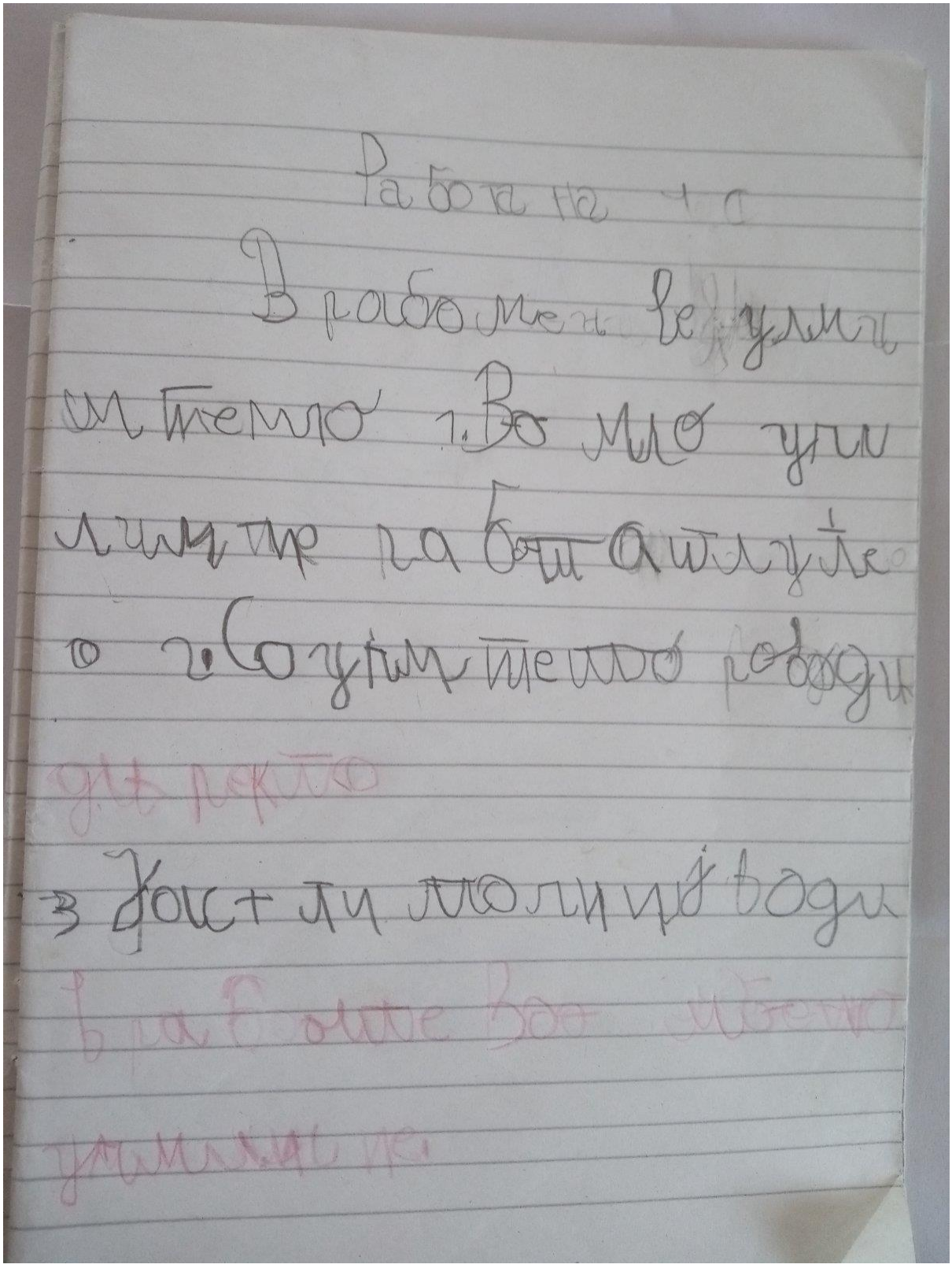
Развојот на способноста за **пишување** доаѓа во фази. Како прво, децата почнуваат да пишуваат фонетски. Обично е потребна една година за да се научат сите здруженија со звучни букви. Кај децата со правописно нарушување оваа фаза, честопати, може да трае две години. Следната фаза на развој на правописот е ортографски правилно пишување. Ова вклучува прашања, како што се правилна употреба на големи и мали букви, наставки и правилно пишување на корените на зборовите. Основите на правописот обично се стекнуваат до 10-годишна возраст. Децата со правописно нарушување имаат големи потешкотии во правилното пишување зборови, дури и во зрелоста.

1.1.6. Приказ на случај

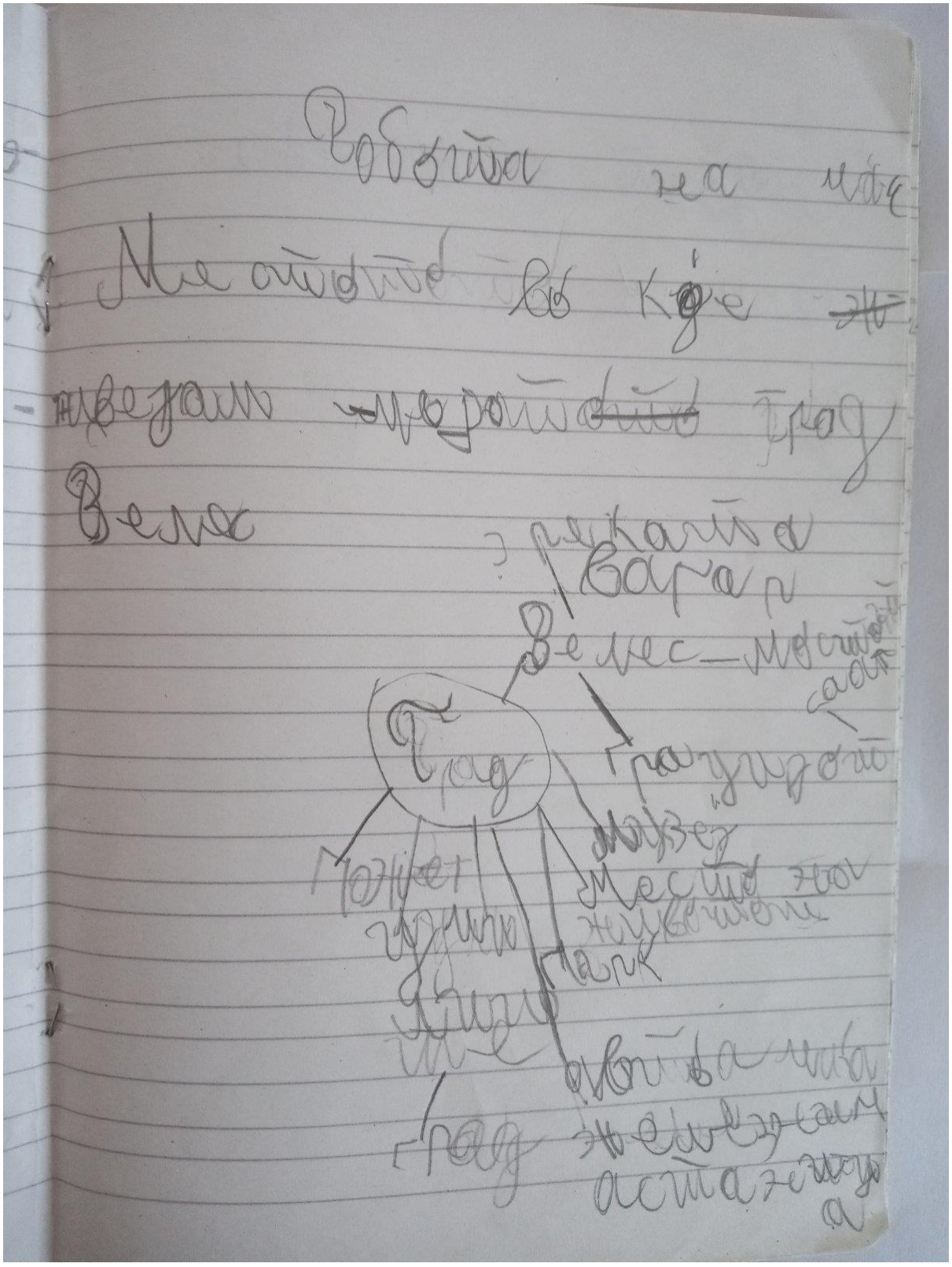
Ученик во четврто одделение, решава математички проблеми од 6-годишна возраст. Реди лего коцки и чита шеми за лего коцки за 16+ возраст. Од најрана возраст пишува со двете раце подеднакво. Се интересира за логички и математички проблеми уште во градинка. Првите проблеми се јавуваат на почетокот на второ одделение (7 год.), кога на училиште почнуваат да ја изучуваат азбуката, односно читање и пишување. Со навршени 8 години посетува третман по Рон Дејвис. По само два дена третман знае да ја каже целата азбука од А до Ш и почнува многу подобро да чита, а по една недела третман, може да ја каже азбукате од Ш до А и чита течно и со разбирање на прочитаното. По завршување на третманот има значително подобрена самодоверба.



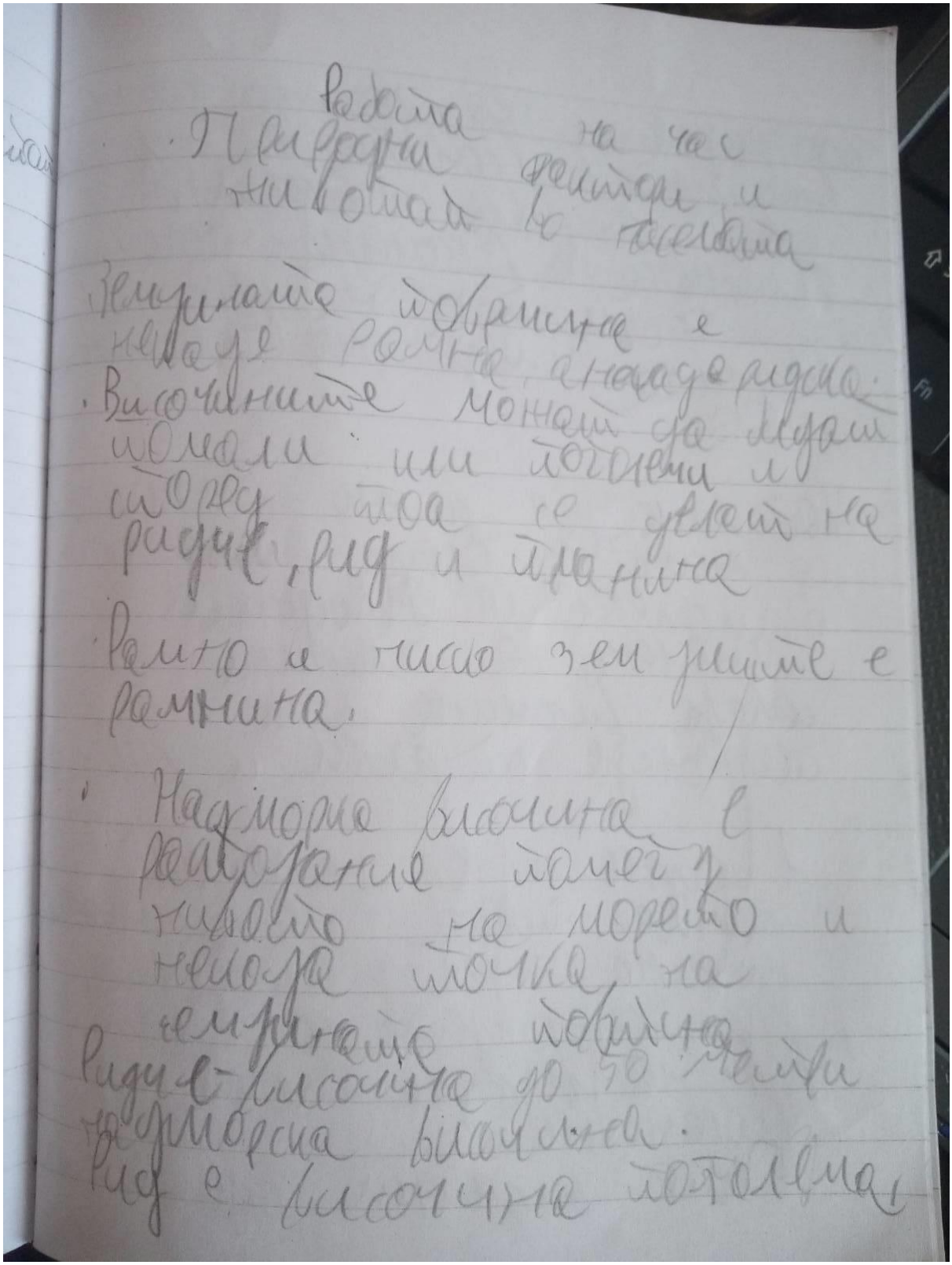
Слика 1а: Ракопис пред третманот



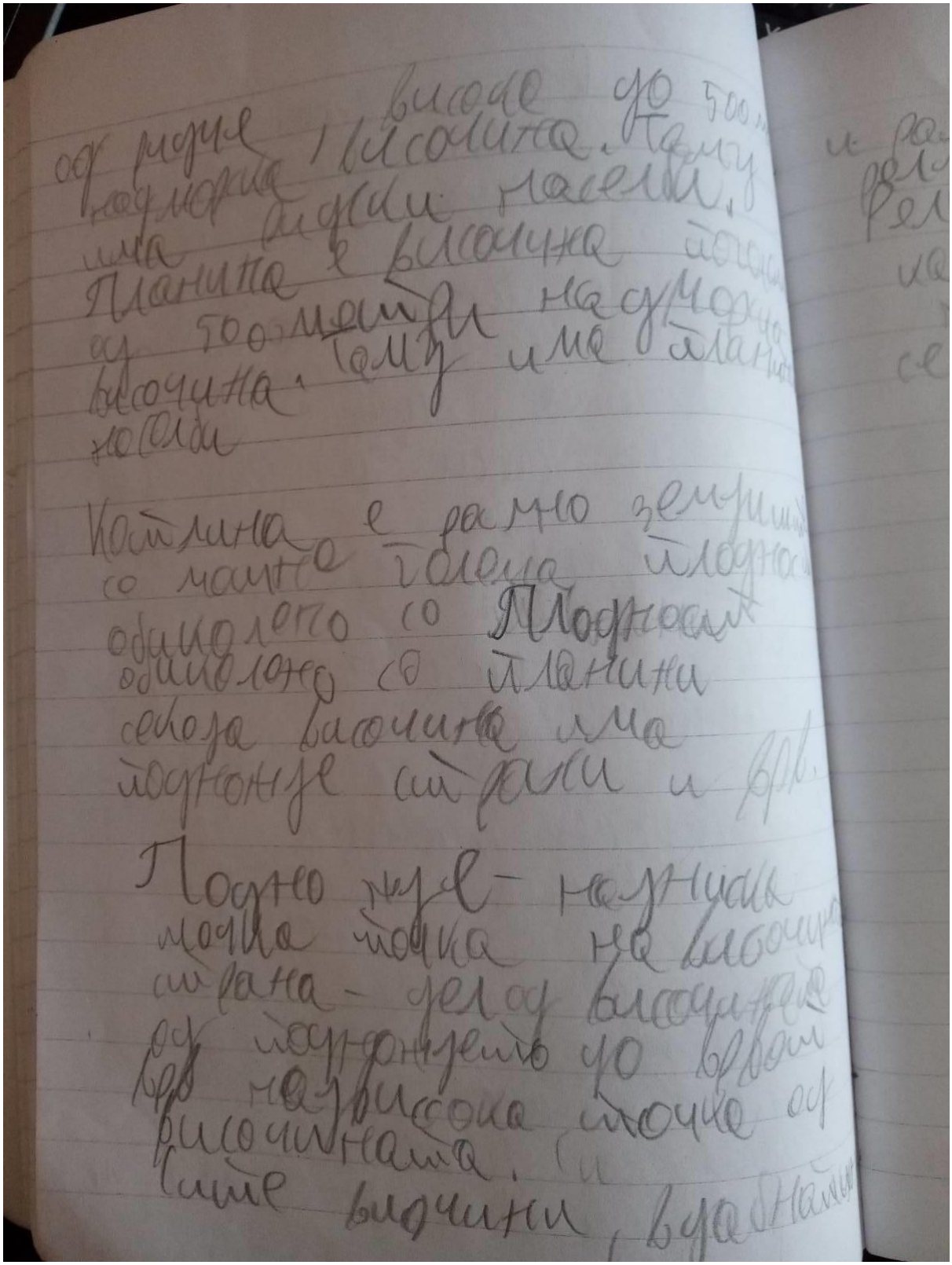
Слика 1б: Ракопис пред третманот



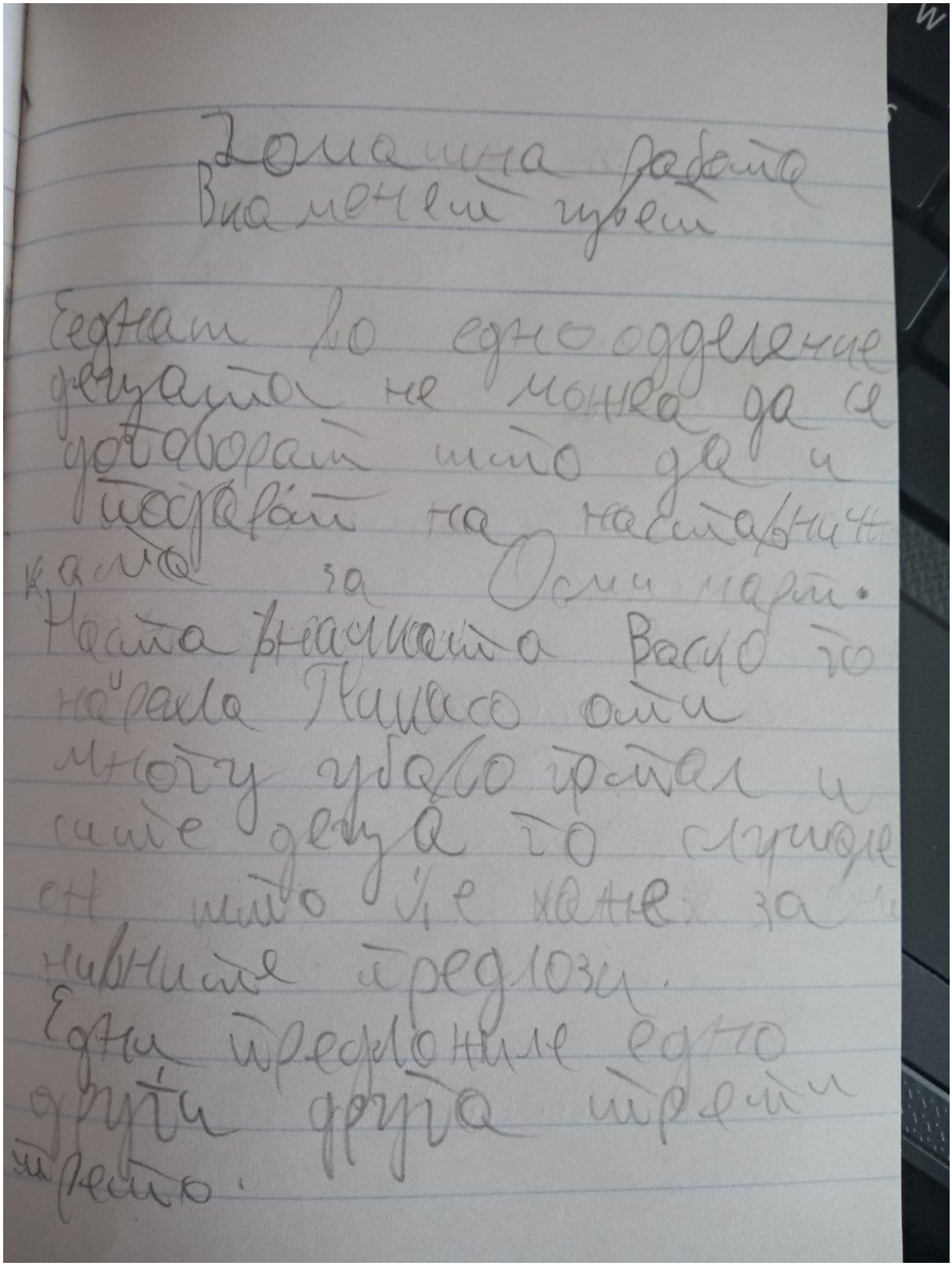
Слика 1в: Ракопис пред третманот



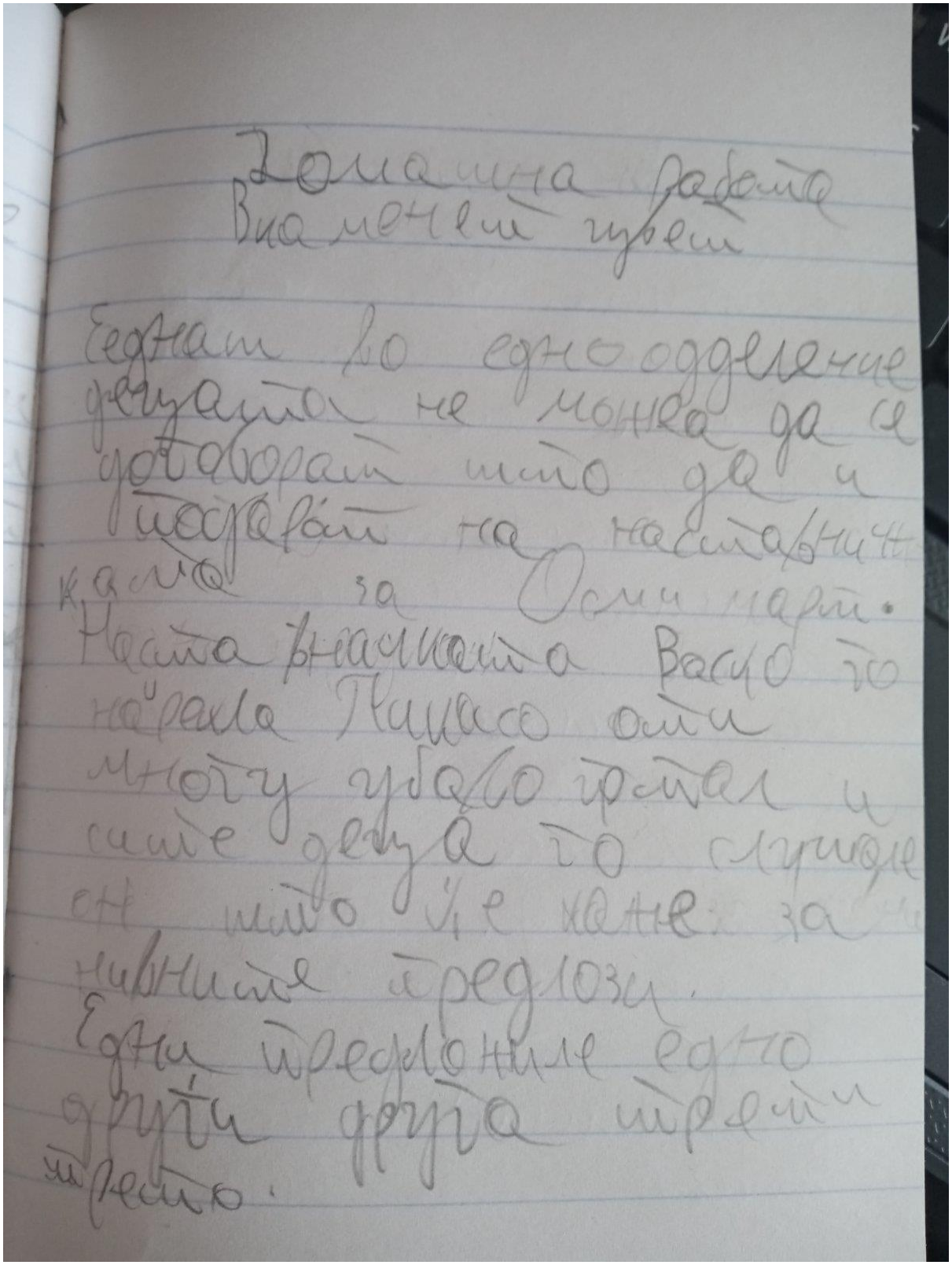
Слика 2а: Ракопис по завршување на третманот, кога треба да пишува брзо на час.



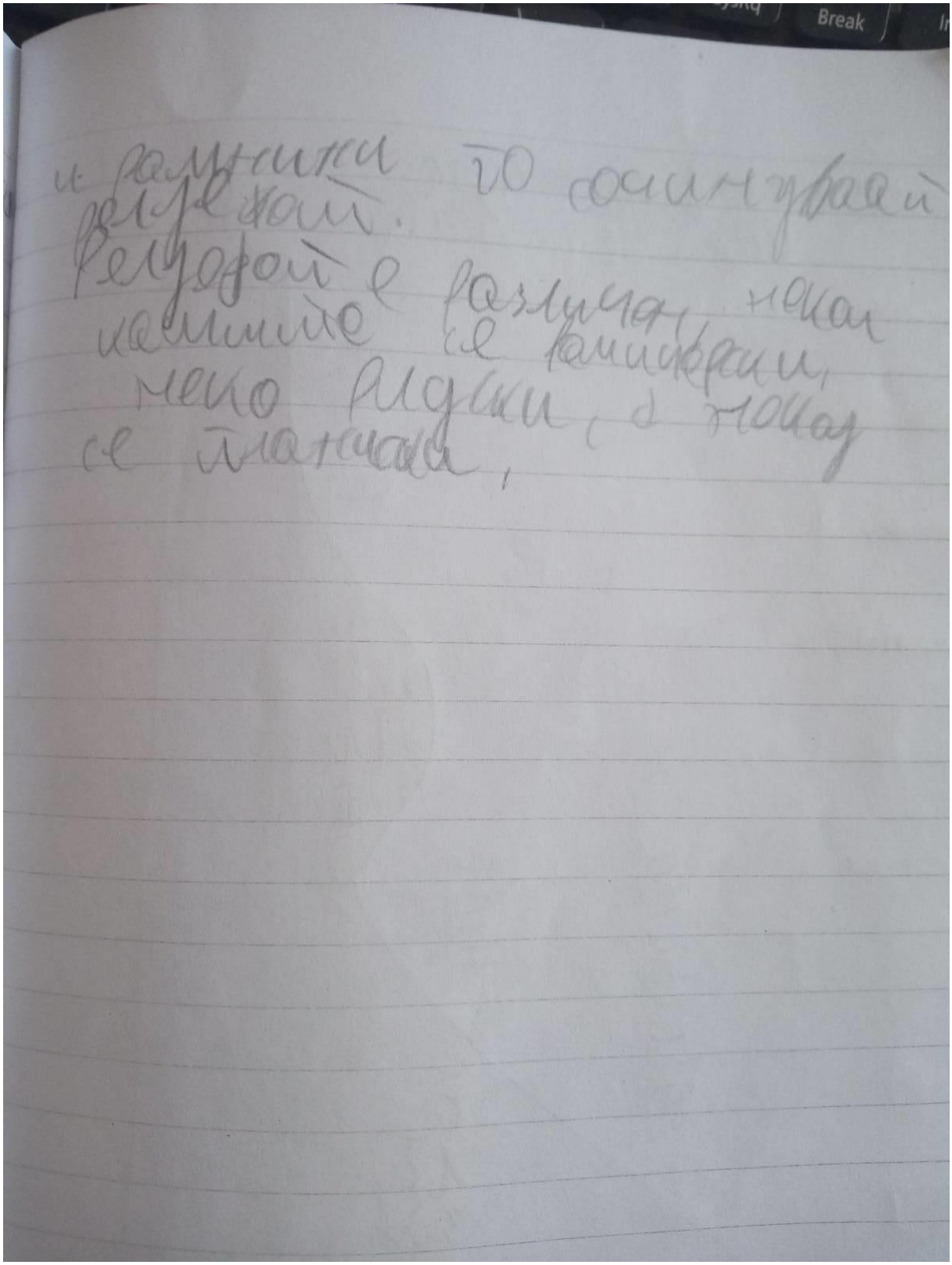
Слика 2б: Ракопис по завршување на третманот, кога треба да пишува брзо на час.



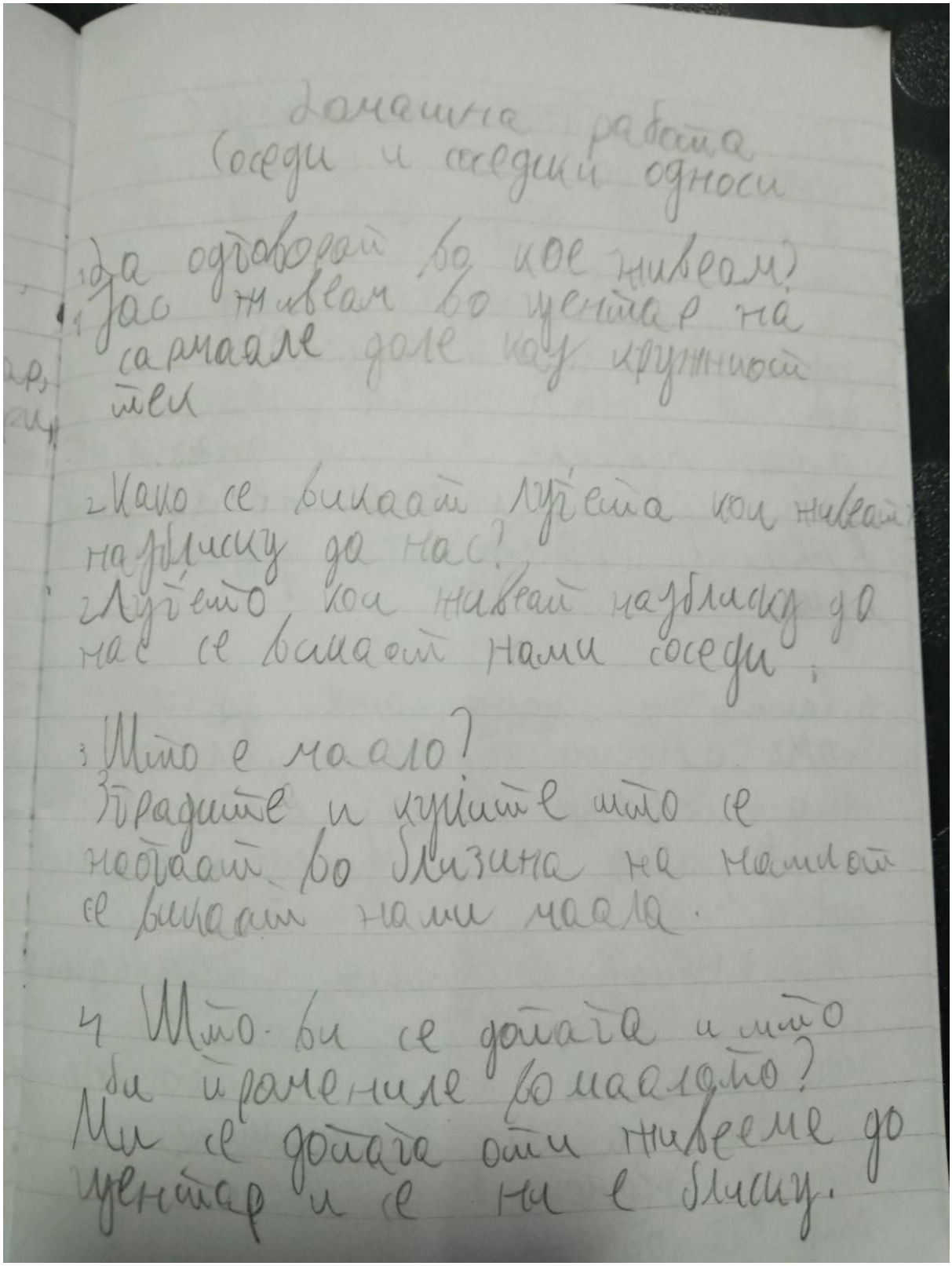
Слика 2в: Ракопис по завршување на третманот, кога треба да пишува брзо на час.



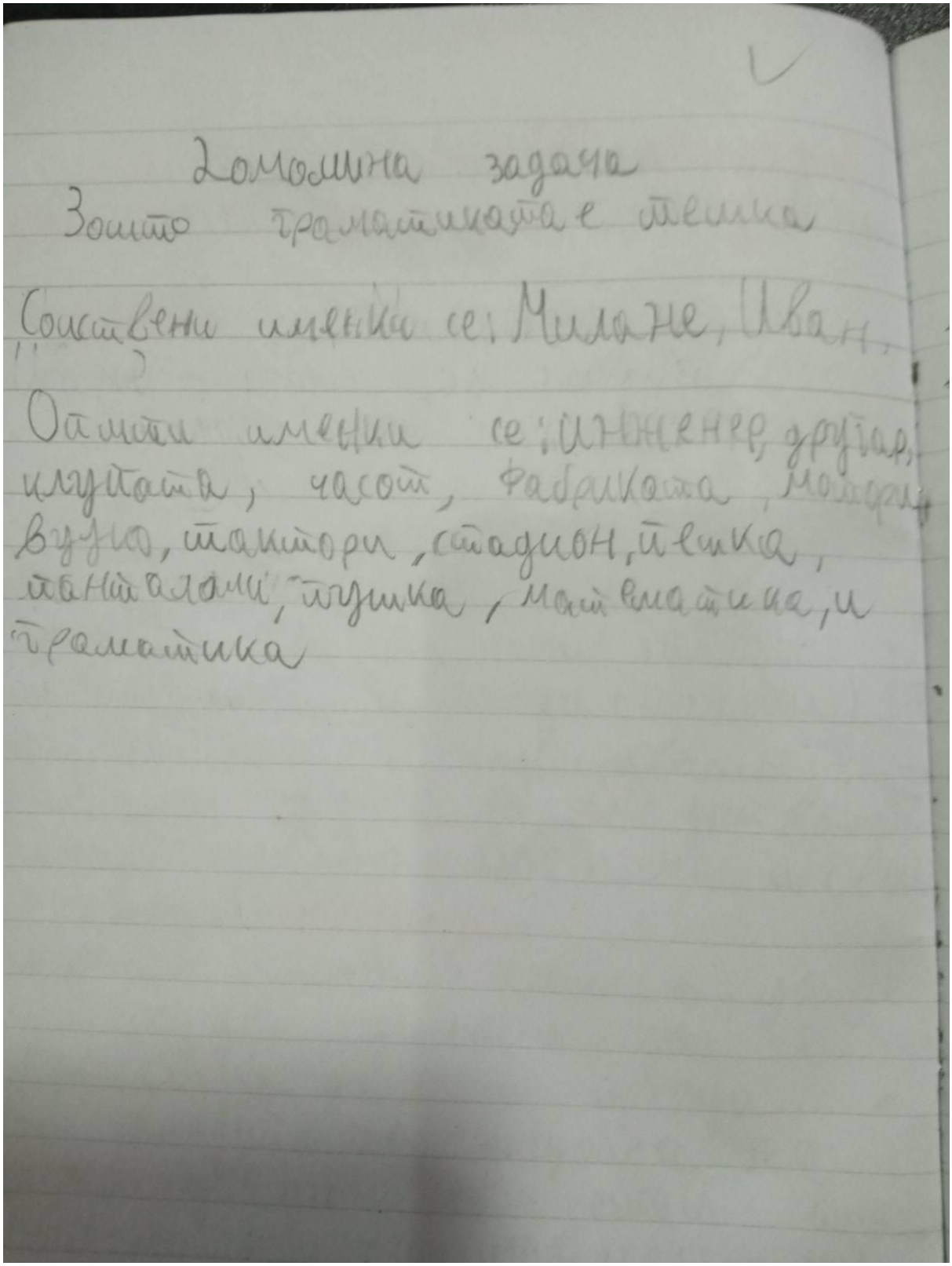
Слика 2г: Ракопис по завршување на третманот, кога треба да пишува брзо на час.



Слика 2д: Ракопис по завршување на третманот, кога треба да пишува брзо на час.



Слика 3а: Ракопис по завршување на третманот, кога пишува смирено и без брзање и притисок



Слика 3б: Ракопис по завршување на третманот, кога пишува смирено и без брзање и притисок

1.1.7. Теории за потекло на дислексијата

Предложени се пет теории за да се објасни дислексијата.

- Според теоријата за фонолошки дефицит, дислексичните деца имаат потешкотии во развивањето на свеста дека зборовите, пишани и изговорени, можат да се разложат на помали единици на звук и дека, всушност, буквите што го сочинуваат печатениот збор претставуваат звуци што се слушаат во изговорениот збор.

- Теоријата за дефицит на аудитивната обработка претпоставува дека дислексичарите имаат дефицит во брзата аудитивна обработка. Значи, не можат да се изградат соодветни фонолошки претстави, што резултира со дополнително фонолошко оштетување.

- Теоријата за дефицит на визуелната обработка претпоставува дека дислексијата произлегува од оштетување на магноцелуларниот систем во мозокот. Овој систем ја поддржува обработката на визуелните стимули кои се движат брзо. Ова резултира во нејасна визуелна претстава на буквите. Дефицитите на внимание се мешаат со кодирање на низа букви и визуелна форма на зборови.

- Конечно, теоријата на малиот мозок/автоматизација тврди дека попреченоста во читањето е последица на нарушената способност за автоматизација на процесите поддржани од малиот мозок. Покрај тоа, контролата на движењето на окото за време на читањето е контролирана од малиот мозок.

- И за крај, магноцелуларната теорија, која се обидува да ги интегрира сите претходно споменати наоди.

1.1.8. Фонолошко-дефицитна теорија

Јазичниот систем може да се концептира како хиерархиска серија компоненти. На повисоките нивоа се нервните системи кои се занимаваат со обработка, а на најниско ниво е фонолошкиот модул, посветен на обработка на карактеристичните звучни елементи што го сочинуваат јазикот. Функционалната единица на фонолошкиот модул е фонемата, дефинирана како најмалиот видлив сегмент на говорот. За да изговори збор, говорникот ги извлекува фонемските состојки на зборот од лексиконот, ги собира фонемите и потоа го изговара зборот. Спротивно на тоа, за да прочита еден збор, читателот прво мора да го сегментира зборот во неговите основни фонолошки елементи. Постојат изобилство докази дека дефицитот во фонолошката анализа е поврзан со потешкотиите во учењето: фонолошките мерки предвидуваат доцнење во достигнувањето во читањето; дефицитот во фонолошката свест (т.е. свест дека зборовите можат да се расчленат на помали сегменти на звук) ги разликува децата со дислексија од оние кои немаат проблеми со читањето.

Се смета дека стекнувањето вештина на читање вклучува два чекори (Shaywitz, S. E. 2003b). Прво, детето треба да развие способност да го разгради изговорениот збор во неговите звучни единици или фонеми. На пример, детето треба да научи дека зборот „куќа“ треба да биде фрагментиран во фонемите к - у - ќ - а . Тешкотијата во сегментација на изговорените зборови во фонеми е белег на дислексијата. Следствено на тоа, децата со дислексија покажуваат слаба фонемска свест. Фонемската свест претставува способност да ги забележат фонемите, да размислуваат за нив и да манипулираат со нив во изговорените зборови, и обично се проценува преку рима и задачи за манипулација со фонеми.

Вториот чекор во учењето на читање вклучува разбирање како печатените букви (графеми) ги формираат звучните единици на јазикот (фонеми). Претворањето на графемите во фонема е предуслов за точна идентификација на зборот. На пример, знаењето дека пишаниот збор „куќа “ има ист број букви како и изговорениот збор к - у - ќ - а е индикација дека детето разбрало дека буквите ги претставуваат овие звуци. Децата со дислексија покажуваат значително оштетување на вештините за декодирање. Вештините за декодирање може да се проценат со тестови за читање без зборови (Thambirajah, M. S. 2010). Поврзаноста на буквите со фонемите е позната како азбучен

принцип или фоника. Совладувањето на азбучниот принцип се смета за дел од стекнувањето на читање. Олеснување за децата кај нас е тоа што во македонскиот јазик постои кореспонденција еден на еден меѓу буквите и фонемите. За разлика од англискиот јазик, којшто има нефонемски систем на правопис. Кај англискиот јазик не постои кореспонденција еден на еден меѓу буквите и фонемите.

Со оглед на достапните истражувања, повеќето истражувачи сметаат дека фонолошкиот дефицит претставува основниот невро-психолошки дефицит кај дислексија. Оваа теорија претпоставува дека слабата фонемска свест и слабото владеење со азбучниот принцип се клучните дефицити што се забележуваат кај повеќето лица со дислексија. Овие когнитивни дефицити се сметаат за неопходни и доволни услови за појава на тешкотиите при читањето, забележани во развојната дислексија (Vellutino, F. R., 2004). Повеќето лица со дислексија, исто така, покажуваат оштетувања надвор од фонолошкиот домен, а двете најчести се слабата вербална работна меморија (визуелната краткорочна меморија не е нарушена) и нарушената брзина на вербална обработка (брзото автоматско именување), што е прикажано со слабите перформанси при брзото именување поими. Останатите покажуваат лошо редоследување (на пример, потешкотии при редоследно кажување на деновите од неделата, или месеците од годината). Дислексијата е хетерогена состојба и когнитивниот развоен профил на децата со дислексија покажува значителна варијација во зависност од тежината на состојбата и придружните дефицити.

Основни когнитивни дефицити кај дислексија:

• Примарен дефицит на вештините кај дислексија е тешкотијата на ниво на читање со еден збор;

• Проблемите со читањето на зборовите произлегуваат од основните когнитивни дефицити во фонолошката обработка, што се состојат од: слаба фонолошка свест и потешкотии во совладувањето на азбучниот принцип, односно поврзување на пишани букви (графеми) со говорни звуци (фонеми);

• Други истакнати оштетувања кои се забележани кај повеќето, ако не и кај сите со дислексија, е тоа што имаат слаба фонолошка работна меморија и нарушено

брзо автоматско именување;

• Повисоките јазични вештини, како што се синтаксичките и семантичките вештини за обработка, се во голема мерка недопрени.

Фонолошката теорија претпоставува дека дислексичарите имаат специфично оштетување во репрезентацијата, складирањето и/или враќањето на говорните звуци. Тоа го објаснува нарушувањето на читањето на дислексичарите со привлечноста кон фактот дека учењето да се чита азбучен систем бара учење на преписката со графема-фонема, односно преписката помеѓу буквите и составните звуци на говорот. Доколку овие звуци се слабо претставени, складирани или извадени, соодветно ќе се влијае на учењето на преписките со графеми-фонеми, основата на читање за азбучните системи. Додека теоретичарите имаат различни ставови за природата на фонолошките проблеми, тие се согласуваат за централната и каузалната улога на фонологијата во дислексијата. Затоа, фонолошката теорија претпоставува директна врска помеѓу когнитивниот дефицит и проблемот во однесувањето што треба да се објасни. На невролошко ниво, обично се претпоставува дека потеклото на нарушувањето е вродена дисфункција на перисилвијалните мозочни области на левата хемисфера, кои лежат во основата на фонолошките претстави или поврзаност помеѓу фонолошките и ортографските претстави. Поддршката за фонолошката теорија доаѓа од доказите дека дислексичните лица особено слабо се однесуваат на задачите што бараат фонолошка свест, односно свесна сегментација и манипулација со говорни звуци. Сепак, доказите за слаба вербална краткорочна меморија и бавно автоматско именување кај дислексичарите, исто така, укажуваат на поосновен фонолошки дефицит, можеби поврзан со квалитетот на фонолошките претстави, или нивниот пристап и враќање. Анатомската анализа (Galaburda et al., 1985; Geschwind и Galaburda, 1985) и функционалните студии за снимање на мозокот го поддржуваат поимот за лево перисилвијална дисфункција, како основа за фонолошкиот дефицит (Paulesu et al., 1996, 2001; Shaywitz et al.1998; Brunswick et al., 1999; McCrory et al., 2000; Pugh et al., 2000; Temple et al., 2001; Shaywitz et al., 2002).

Според поддржувачите на фонолошката теорија, когнитивниот дефицит е специфичен за фонологијата. Критичарите, пак, на фонолошката теорија не го оспоруваат постоењето на фонолошки дефицит и неговиот придонес во проблемите со

читањето. Тие сметаат дека нарушувањето е многу поопширно, има корени во општите сензорни, моторни или процеси на учење и дека фонолошкиот дефицит е само еден аспект или последица од поопштото нарушување.

1.1.9.Теорија за брза аудитивна обработка

Најочигледен начин да се оспори специфичноста на фонолошкиот дефицит е да се претпостави дека тој е секундарен во однос на поосновниот аудитивен дефицит. Ова е тврдење на теоријата за брза аудитивна обработка, која специфицира дека дефицитот лежи во перцепцијата на кратки или брзо променливи звуци (Tallal, 1980; Tallal et al., 1993). Поддршката за оваа теорија произлегува од доказите дека дислексичарите покажуваат слаби перформанси на голем број аудитивни задачи, вклучувајќи дискриминација на фреквенцијата и пресуда за временски редослед. Исто така, докажани се и абнормални неврофизиолошки одговори на разни аудитивни стимули. Неспособноста за правилно претставување на кратки звуци и брзи премини би предизвикала дополнителни потешкотии, особено кога ваквите акустични настани се знак за фонемски контрасти, како во **ба** наспроти **да**. Постојат докази дека дислексичарите можат да имаат посиромашна категорична перцепција на одредени контрасти. Според ова гледиште, аудитивниот дефицит е директна причина, во текот на развојот, на фонолошкиот дефицит, а со тоа и на тешкотијата во учењето да се чита.

1.1.10. Визуелната теорија

Според визуелната теорија, се смета дека кај лицата со дислексија постои оштетување на видот, што предизвикува потешкотии со обработка на букви и зборови на страница со текст. Визуелната теорија не исклучува фонолошки дефицит, но го нагласува визуелниот придонес кон проблемите со читањето, барем кај некои дислексични лица. На биолошко ниво, предложената етиологија на визуелната дисфункција се заснова на поделба на визуелниот систем на две различни патеки кои имаат различни улоги и својства: магноцелуларните и парвоцелуларните патишта. Теоријата постулира дека магноцелуларниот пат е селективно нарушен кај одредени дислексични лица, што доведува до недостатоци во визуелната обработка, па, преку задниот париетален кортекс, води до абнормална контрола на бинокуларното и визио-

просторно внимание (Stein and Walsh, 1997; Hari et al., 2001). Доказите за магноцелуларна дисфункција доаѓаат од анатомски студии кои покажуваат абнормалности на магноцелуларните слоеви на страничното геникулирано јадро (Livingstone и сор., 1991), одредени психофизички студии кои укажуваат на намалена чувствителност во магноцелуларниот опсег, т.е. ниски просторни фреквенции и високи временски фреквенции кај дислексијата (Lovegrove и сор., 1980; Cornelissen и сор., 1995) и студии за слики на мозок (Eden и сор., 1996).

1.1.11. Теоријата на малиот мозок

Друго гледиште е претставено со теоријата на малиот мозок ((Nicolson and Fawcett, 1990; Nicolson и сор., 2001). Тука биолошкото тврдење е дека малиот мозок на дислексичарот е благо дисфункционален, па како резултат на таа дисфункција, се јавуваат голем број когнитивни потешкотии. Прво, малиот мозок игра улога во контролата на мотериката, па следствено на тоа, игра улога и во артикулацијата на говорот. Се претпоставува дека задоцнета или дисфункционална артикулација ќе доведе до дефицитарни фонолошки претстави. Второ, малиот мозок игра улога во автоматизацијата на научените задачи, како што се возење, пишување и читање. Слабиот капацитет за автоматизација ќе влијае, меѓу другото, и на учењето на преписките со графеми-фонеми. Доказите за теоријата на малиот мозок доаѓаат како резултат на слабите резултати, кои лицата со дислексија ги имаат при изведба на голем број моторни вежби. При изведба на двојни задачи, овие лица демонстрираат нарушена автоматизација на рамнотежата. При анализа на слики на мозок, исто така, се забележуваат анатомски, метаболички и активирачки разлики во малиот мозок кај лицата со дислексија (Rae et al., 1998; Nicolson et al., 1999; Brown et al., 2001; Leonard et al., 2001).

1.1.12. Магноцелуларната теорија

Магноцелуларната теприја се обидува да ги интегрира сите претходно споменати наоди. Магноцелуларната теорија постулатира дека магноцелуларната дисфункција не е ограничена на визуелните патишта, туку е генерализирана на сите модалитети (визуелни и аудитивни, како и тактилни). Понатаму, бидејќи малиот мозок

добива голем број на влезни информации од различни магноцелуларни системи во мозокот, се предвидува дека и тој ќе биде под влијание на општиот магноцелуларен дефект (Stein et al., 2001). Преку единствена биолошка причина, оваа теорија успева да ги земе предвид сите познати манифестации на дислексија: визуелна, аудитивна, тактилна, моторна и, следствено, фонолошка. Доказите кои се релевантни за магноцелуларната теорија, вклучуваат:

- магноцелуларни абнормалности во медијалното и страничното геникулирано јадро на мозокот на лицата со дислексија;
- слаби резултати кај овие лица во тактилниот домен;
- ко-појава на визуелни и аудитивни проблеми кај одредени лица со дислексија.

1.1.13. Дијагноза и третман на дислексија

Дијагнозата на дислексија е комплексна, па покрај основните симптоми на нарушување во читањето и/или правописот, се потпира и на присуството на некоја придружна состојба, како на пример:

- АДХД;
- Когнитивна способност на детето (интелигенција);
- Негативни психосоцијални фактори (значајни вознемирувачки фактори на училиште, како што е булинг);
- Психосоцијално функционално ниво на детето (интеракција со други на иста возраст).

Покрај историјата на развојот, историјата на развојот во училиштето е исто така многу важна. Корисно е да се добијат информации од наставниците за развој на читање, правопис, броење и други училишни предмети. Податоци за развојот на вештините за пишан јазик може да се добијат преку анализа на примероци од

пишувањето на детето (на пример, раскажување, слободно пишување, диктат), по можност од неколку различни училишни години. Покрај прегледот, доста битно е да се користат прашалници и клинички интервјуа со цел подобра проценка на емоционалниот развој, присуството на вознемиреност и депресија кај детето.

Анализата на способноста за читање треба да опфаќа брзина, точност и разбирање при читање. Потребна е комбинација од разни тестови за читање на зборови и разбирање на читање. Ова вклучува индивидуално тестирање на дете од страна на испитувач. Резултатите од тестовите за читање и пишување даваат процент на рангирање, што може да се искористи за споредување на перформансите на индивидуално дете со другите деца во истата учебна година, на пример, процентуално рангирање од 15 значи дека 85% од децата во истата учебна година имаат подобар резултат на предметниот тест. За да се дијагностицира дислексија, ефикасноста на читање и правопис на детето мора да биде далеку под просекот.

Сепак, дијагнозата не смее да се заснова само на резултатите од тестот за читање и пишување. Кај адолесценти со дислексија или деца кои добиле третман, резултатите од тестовите се подобри, но тоа не значи дека нарушувањето е излечено. Дијагностичките одлуки мора да го земат предвид целокупниот психосоцијален развој на детето.

Дефинирањето на нарушувањето, неговите причини и опциите за третман обично им носи олеснување на родителите. Дијагнстицирањето често трае со месеци до години, а за сето тоа време родителите, обично мајката, се обидуваат да му помогнат на своето дете преку секојдневно вежбање дома. Часовите поминати заедно секој ден на пишување домашна работа, редовни (обично фрустрирачки) вежби за диктат, неподготвеност на детето за учење, заедно со голем број на правописни грешки и покрај толку многу вежбање, доведуваат до постојана депресија кај детето и чувства на неуспех кај родителите.

Третманот се состои првично од дефинирање на нарушувањето, советување родителите, а по потреба и советување на наставниците. Изборот на третман зависи од сериозноста на дислексијата и психолошките симптоми или истовремени нарушувања. Битно е да се нагласи дека лекови не се користат за третман на дислексија.

Сознанието дека на нивното дете му е значително потешко отколку на другите деца да научи да чита и да пишува поради невробиолошки дефицит, им нуди големо олеснување на родителите. На самите деца, исто така, мора да им се објасни нарушувањето и со тоа да се ослободат од стресот.

Советувањето со наставниците служи за објаснување на психолошкиот стрес на детето и дава можност заедно да се изнајде начин како детето може подобро да се интегрира на училиште.

Третманот на дислексија има две компоненти: третман на основни проблеми со читање и правопис и третман на какви било истовремени психолошки нарушувања. Детската и адолесцентна психотерапија е достапна за лекување на психолошки нарушувања. Ова има за цел првенствено да ги намали симптомите на децата и да го подобри нивниот индивидуален развој.

Поддршката за читање зависи од развојот на секое индивидуално дете. Врз основа на детална анализа на развојниот статус во читањето, треба да се обезбедува редовно поддршка за читање. Покрај оваа терапија, воспоставувањето семејно опкружување за читање, со чести сесии за читање и читање заедно, исто така, може значително да го зајакне развојот на читањето. Емпириски се испитани само неколку видови на поддршка за читање. Поддршката за пишување мора да се даде одделно од поддршката за читање. Суштински дел од третманот е психотерапија. Ваквиот третман може значително да им помогне на децата кои страдаат од анксиозност и депресија. Поради хроничната прогресија на нарушувањето, заедно со значителните психо-социјални ограничувања и психолошки стрес, спречувањето на тешкотиите во читањето и правописот е многу важно.

До денес, доказите сугерираат дека најефективните интервенции за деца со дислексија се базираат фонолошки, вклучително и обука за свесност за фонемите и знаење за буквите, во комбинација со структурирана практика за читање. Доста голем успех се постигнува и со изработка на буквите од глина, со што детето успева да ги визуелизира и полесно да ги научи буквите, а потоа и зборовите. Посебно оние букви и зборови коишто претставуваат тригери за појава на дефокусирање и дезориентација. Со

изработката од глина се постигнува визуелно поврзување на зборот со неговото значење, посебно кај апстрактните зборови. Овие интервенции се справуваат со дефицитот на декодирање во дислексијата директно. Исто така, има потреба од планови за третман да се разгледаат придружните болести кои се поврзани со дислексијата, особено јазичните проблеми, и да се разгледа нивното влијание врз развојот на системот за читање. Ако тие не се решат, тогаш одговорот на интервенцијата веројатно ќе биде слаб.

1.2 Депресија

Депресијата, од клинички аспект, претставува патолошка состојба која предизвикува нарушување на психолошкото, социјалното и професионалното функционирање на личноста. Симптомите на депресија можат да се манифестираат во вид на тага, замор, безволие, губење на интерес, суицидални мисли и тенденции, чуство на беспомошност, чувство на вина. Според МКБ-10, депресијата е поделена на депресивна епизода (F32) и рекурентна депресија (F33), при која е потребно да се земе предвид и долготраен третман.

Симптомите со коишто се манифестира депресијата се различни во зависност од возраста и полот, односно депресијата различно се манифестира кај деца и кај возрасни. Исто така, мажите и жените немаат иста симптоматологија.

Депресијата кај децата се манифестира како меланхолија која ги намалува доживувањата. Се намалува заинтересираноста, чувството на радост и задоволство. Децата се чувствуваат отфрлени, мислат дека никој не ги сака, дека никој не се грижи за нив и многу тешко ја прифаќаат понудената помош. Депресивното дете често изгледа несреќно и тажно. Депресијата кај децата и адолесцентите е честа, но честопати непрепознаена. Клиничкиот спектар на болеста може да варира од едноставна тага, до големо депресивно или биполарно нарушување. Факторите на ризик вклучуваат семејна историја на депресија и слаб успех на училиште. Евалуацијата на овие деца треба да вклучува целосна медицинска проценка за да се исклучат основните медицински причини. Структурирано клиничко интервју и разни скали за оценување, како што е списокот за проверка на детските симптоми, се корисни при утврдување дали детето или адолесцентот се депресивни.

Застапеноста на јака форма на депресија е 0.1-2% кај деца од училишна возраст и 2.5-6% кај адолесценти. Поблагите клинички важни форми на депресии настануваат кај околу 4% од децата, а околу 10-40% од децата имаат депресивни искуства.

Lawlor (2012) укажува дека депресијата претставува состојба која никогаш немала универзално прифатена дефиниција и/или етиологија и/или третман. Исто како и дислексијата, депресијата е невидлива, што им го олеснува предизвикот на неистомислениците да го критикуваат нејзиното постоење и тврдат дека тоа е изговор за вообичаени проблеми, како што се тага и општо лошо расположение.

1.2.1. Депресија кај деца на училишна возраст

Пред само 40 години, многу лекари се сомневаа во постоење на значителни депресивни нарушувања кај децата, пред сè затоа што веруваа дека на децата им недостасува зрела психолошка и когнитивна структура, неопходна за да се доживеат овие проблеми. Сепак, сè поголем број на научни студии нудат докази кои потврдуваат дека децата и адолесцентите го доживуваат целиот спектар на нарушувања на расположението. Во детската возраст нарушувањето на расположението се движи од разочарување предизвикано од стресни настани во животот, до сериозно оштетување предизвикано од клиничка депресија, што може или не мора да вклучува докази за манија. Во последните години детските самоубиства предизвикани од депресија, предизвикуваат сè поголема јавно-здравствена загриженост.

Депресијата често се манифестира со изразена надразливост и здодевност. Децата покажуваат намален интерес за опкружувањето и намалено уживање во животот. Се јавуваат проблеми со сонот и со концентрацијата, кои се манифестираат како неспокојство. Сето ова води кон намален успех во училиште, поради што детето мисли дека е безвредно и има чувство на вина. Чувствата на безвредност може да бидат затскриени со преземање улога на кловн, со што се маскира безнадежноста, така што другите ги тера на смеење. Продолжената депресија може да доведе до социјално повлекување и изолација. Депресивното дете често е подложно на булинг во училиште. Детската депресија може да доведе и до самодеструктивни мисли, а во екстремни случаи, може да се појават и семодеструктивни дејствија. Детските самоубиства се насилни и доста често погрешно интерпретирани како несреќен случај.

1.2.2. Клиничка презентација

Клиничкиот израз на критериумите за дијагностицирање на големо депресивно растројство варира во зависност од возраста. Доенчињата и децата од предучилишна возраст немаат можност да изразат чувство на тага преку јазикот. Затоа, депресивните симптоми мора да се заклучат од отвореното однесување, вклучувајќи апатија, повлекување од родителите, одложување или регресија на развојните пресвртници и неможност за напредок, за што нема органска причина. Клиничарите мора многу да се потпрат на историјата на родителите, евалуација на интеракциите на родителите и децата и да прават интервјуа од соодветно обучени професионалци. Сепак, голем дел од овој внатрешен немир се изразува преку соматски поплаки (главоболки, стомачни тегоби), вознемиреност (училишна фобија, прекумерна вознемиреност на раздвојување) и раздразливост (нервози и други проблеми во однесувањето) ниска самодоверба и прекумерна вина. Нивните наставници исто така можат да послужат како вреден извор на информации, и доколку е можно, треба да бидат вклучени во процесот на оценување. Важно е да се напомене дека некои депресивни деца се обидуваат да ја надоместат својата ниска самодоверба, обидувајќи се да ги задоволат другите и да бидат прифатени. Бидејќи во овој напор тие можат да се истакнат академски и да се однесуваат добро, нивната депресија може да остане незабележана.

Адолесцентите доживуваат многу развојни предизвици бидејќи се обидуваат да се одделат од своите родители, да станат автономни и да воспостават свој идентитет. Во овој процес тие сè повеќе зависат од нивните врсници. Овој период на биопсихосоцијално созревање создава услови адолесцентите да доживеат поголемо чувство на безнадежност и очај во време кога нивната способност за целосно самоубиство е поголема отколку кога биле помлади. Тие исто така покажуваат поголема анхедонија, хиперсомнија, промена на телесната тежина и злоупотреба на супстанции отколку помладите деца. Поради нивната развојна борба со автономијата од авторитетите, адолесцентите претставуваат посебен предизвик за лекарите. Воспоставувањето на добар однос е од суштинско значење за градење доверба. Прашањето на доверливоста е клучно и од самиот почеток лекарот треба да ги објасни основните правила што регулираат кога родителот или друго трето лице ќе бидат информирани за она што се разговара со пациентот. Ова ја вклучува фреквенцијата и сериозноста на повеќето симптоми, како што се: депресивно расположение, чувство на

вина, лутина, раздразливост, самоубиствени идеи и обиди за слаба самодоверба. перспектива на животниот век на ова нарушување.

Дистимичкото нарушување се манифестира во слични, но поблаги симптоми, во споредба со главното депресивно нарушување. Сепак, неговата хронична природа може сериозно да го наруши развојот на социјалните вештини на детето, потребни за борба против истите симптоми. Додека просечното времетраење на епизодите на големо депресивно растројство кај клинички упатените примероци е од седум до девет месеци, времетраењето на дистимичкото нарушување е три години. Додека 90 проценти од децата со големо депресивно растројство достигнуваат ремисија од 18 месеци до две години по појавата, околу една половина од децата со дијагностицирано дистимичко нарушување сè уште се борат со своите симптоми во овој момент, вклучувајќи суперпозиција на големо депресивно растројство и дистимично нарушување едни на други, во она што се нарекува „двојна депресија“. Кај големо депресивно нарушување, 40-70 проценти од пациентите имаат истовремени психијатриски нарушувања, додека дистимичкото нарушување има 50-70 проценти стапка на коморбидитет. Така, за лекарите е важно да одржуваат висок индекс на сомневање за присуство на други нарушувања кога депресијата е откриена.

Буквално кажано, „мизеријата сака друштво“. Овие придружни болести вклучуваат „двојни“ депресии, анксиозни нарушувања и нарушувања на нарушувањата (нарушување на однесувањето, нарушување на вниманието/хиперактивност). Големото депресивно растројство е исто така поврзано со злоупотреба на супстанции и нарушувања на личноста. Коморбидитетите се негативни прогностички фактори бидејќи тие го зголемуваат времетраењето и сериозноста на епизодите на големото депресивно растројство и веројатноста за повторување и самоубиствени тенденции. По закрепнувањето од епизода на големо депресивно растројство, многу деца продолжуваат да имаат последици. Тие вклучуваат: слаба самодоверба, нарушување на меѓучовечките односи, зголемено преземање ризик, што доведува до пушење и рана бременост, супклинички депресивни симптоми и нарушување на глобалното функционирање. Матичните лекари се во идеална позиција да ги следат овие пациенти во текот на целиот животен век - не само да се испита за овие нарушувања, туку да се учествува во евалуација, дијагноза, третман и следење на факторите на ризик, симптомите, последиците и повторувањата.

1.2.3. Диференцијална дијагноза

Депресијата кај децата може да коиндицира со анксиозно растројство, фобија од училиште и нарушувања во однесувањето. Кај децата и адолесцентите, депресијата често е поврзана со разни соматски растројства. Од друга страна, болните деца, исто така, може да изгледаат пасивни и депресивни. Нормалните деца, исто така, можат да бидат тажни, уморни и исцрпени, а краткотрајната депресивна реакција може да е развоен феномен, можно поврзан со доживеана загуба или промена. Ако депресијата неповолно влијае на детското психолошко справување со работите, на пример кога е со другари или на училиште, или во менталниот развој, треба соодветно да се третира.

Дијагнозата на депресивни нарушувања бара темелна медицинска и психијатриска проценка. Голем број медицински нарушувања можат да имитираат депресија. Медицинската историја и физичкиот преглед можат да помогнат во евалуацијата на повеќето деца, за кои се мисли дека имаат депресија.

Психијатриската евалуација вклучува детална историја, вклучувајќи ги карактеристиките на симптомите: почеток, времетраење, фреквенција, интензитет, сериозност и продорност (дом и училиште). Другите медицински и психијатриски заболувања треба да бидат прегледани бидејќи депресијата е поврзана со многу психијатриски истовремености и е почеста кај деца со хронични медицински состојби. И на крај, треба да се добие развојна историја, социјална историја, семејна историја на психијатриски нарушувања и проценка на домашната и училишната средина и потенцијалните стресни фактори. Клиничкото интервју ќе варира во зависност од возрасната група и статусот на развој на детето. Форматот на интервјуто може да варира од неструктурирани интервјуа за игри и проценки на интеракции на дете-родител со доенчиња и мали деца, до играње интервјуа со отворени прашања кај деца на училишна возраст, до повеќе интервјуа засновани на дискусии со адолесценти. Невропсихолошкото тестирање е исто така важна компонента на евалуацијата, да помогне да се исклучат невролошките нарушувања или учењето и да се проценат развојните способности на детето.

1.2.4. Проценка на депресивно дете

Дијагнозата или третманот на депресијата вообичаено се засновува на процена или консултација со детски психијатар. Покрај детето, треба да бидат интервјуирани и родителите и, по можност, и другите возрасни, а и наставникот на детето. Кога ќе се интервјуира детето, корисно е да се праша за симптомите на депресија (Дали добро спиете?) и притоа да се користат зборови кои се неформални за детето. Ако се има сомневање во самоубиствени тенденции, се поставуваат директни прашања (Дали се чувствувавте толку лошо во последно време што сакавте да се повредите самиот себе или да се убиете?). Ако детето одговара потврдно, родителите треба да се запрашаат дали знаеле колку лошо се чувствува детето и дека имало ризик од самоубиство. Исто така, треба да се обрне внимание на појавата на детето и каква било интеракција помеѓу детето и родителите, посебно кога се проценуваат мали деца и деца кои проодуваат. Кога депресијата на детето се проценува и се третира, состојбата на целиот живот на семејството треба да се измапира, бидејќи депресијата може да биде поврзана со некои настани во семејството, а родителите секогаш имаат важна улога во третманот на детето. Прашалниците (како што е Прашалникот за депресија кај деца - CDI) може да се користат за откривање депресија кај децата од училишна возраст и кај адолесцентите.

1.2.5. Дијагноза

Одредени студии сугерираат дека многу е мал процентот на родители кои побарале совет од стручни лица затоа што забележале одредени проблеми во поглед на психолошкото здравје на нивните деца. Ова откритие покажува дека најголемиот број на психосоцијални нарушувања кај децата се пропуштени, потенцијално на време кога соодветната проценка и третман може да спречат или да го подобрат значајниот последователен морбидитет и морталитет поврзан со нив. Важно е да се спроведат мерки за скрининг за да се помогне во идентификување на децата кои имаат потреба. Многу структурирани формати на интервјуа, скали за оценување и прашалници кои сега се користат, првенствено за истражување, можат да бидат корисни во дијагностицирањето, следењето и следењето на третманот на детската депресија. Сепак, повеќето од нив бараат специфични компјутерски програми и обучен персонал соодветно да ги анализираат податоците и затоа често не се практични за лекарот од

примарната здравствена заштита. Поради постојано прошируваната средина за управување, со фокус на ефикасност и ограничување на трошоците, на клиничарите им е тешко да поминат доволно време за време на посети за да проценат за потенцијалната психосоцијална дисфункција. Една алтернатива е да се користат прашалници, како што е списокот за педијатриски симптоми, како рутинска мерка за скрининг.

Оваа листа за проверка може да биде важна алатка за да им помогне на лекарите подобро да ги прегледаат пациентите и да го насочат своето ограничено време на оние на кои најверојатно ќе им треба помош. Штом пациентот е идентификуван со ваква скрининг-мерка или, уште подиректно, од грижа на родителите или клиничарите, треба да се добие детална психосоцијална историја за да се процени потребата од третман или упатување. Неодамна беше објавен сет на прашања со висок принос, што може да биде добра почетна точка за лекарот од примарна здравствена заштита.

1.2.6. Третман

Депресивното дете секогаш има потерба од поддршка од страна на возрасно лице. Тоа, неретко, не е способно самостојно да се справи во чувството на безвредност, безнадежност, тага, лутина и слично, и токму затоа му е потребна поддршка од возрасно лице за да ги надмине овие состојби. Депресијата кај децата може да се третира во советувалиште за ментално здравје на деца и млади или во училиштен диспанзер, во соработка со семејството.

Потребно е редовно следење за да се одреди дали депресијата е повлечена. Ако депресијата е продолжена, потребен е континуиран третман на специјалистичко ниво. Индикации за потреба од медицинска специјалистичка нега или друга специјалистичка нега (клиника за детска психијатрија или центри за семејно насочување), се:

- Продолжена депресија (која трае повеќе од 2 месеца), и во случај на благи симптоми;
- Јака депресија, која влијае на функционалниот капацитет на детето;
- Депресија придружена со повеќе или интензивни нарушувања во однесувањето.

Семејната терапија се предлага особено за помладите деца кога родителите или

еден од родителите е депресивен, или детето очигледно било запоставено. Индивидуалната терапија е посебно поволна за адолесцентите, но во одредени случаи може да се примени и кај помали деца. Децата со ризик од самоубиство треба веднаш да се упатат на посебен болнички третман.

Препораките за соодветно упатување и третман на депресивни деца и адолесценти се ретки во литературата. Одговорноста за идентификување и управување со овие деца сè повеќе паѓа на лекарот од примарната здравствена заштита, па поради тоа е неопходна тесна соработка со професионалци за ментално здравје (детски психијатри, психолози, советници, социјални работници) за нејзино соодветно управување. Пациентите со тешка депресија, особено оние кои вклучуваат психоза или висок ризик од самоубиство, многу млади пациенти (доенчиња, мали деца), оние отпорни на психотерапија / медицинска терапија и оние со значителни коморбидитети, би требало веднаш да бидат препознаени и упатени на соодветно лекување. Поради високото семејно групирање на депресивни нарушувања, раната идентификација на погодените деца исто така може да помогне во идентификувањето на засегнатите членови на семејството и во заздравувањето на целото семејство. Со оглед на животот и семејната природа на овие нарушувања, матичните лекари се во одлична позиција да ги прегледаат, лекуваат и следат овие пациенти и да ги упатуваат кога е соодветно.

Упатствата за лекување, базирани на докази од литературата, се ограничени. Психотерапијата се чини дека е корисна кај повеќето деца и адолесценти со лесна до умерена депресија. Бидејќи ризикот од неуспех во училиште и самоубиство е доста висок кај депресивни деца и адолесценти, честопати е потребно навремено упатување или блиска соработка со професионалец за ментално здравје.

Литературата заснована на докази за третман на главно депресивно растројство кај деца е ограничена, а повеќето од достапните стратегии за третман се базираат на екстраполација од податоците добиени во студии на возрасни. Како и кај возрасните, оптималниот третман се потпира на мултидисциплинарен пристап, вклучувајќи психотерапија, фармакотерапија и едукација на пациентот и семејството. Психотерапијата може да биде корисна како почетна терапија за деца и адолесценти со лесна до умерена депресија и како додаток на лекови за деца со потешка депресија. Опфаќа мноштво пристапи, вклучувајќи терапија со игри, психодинамичка терапија, супортивна терапија, интерперсонална терапија, семејна терапија, групна терапија и

когнитивно однесување. Важно е да се одреди когнитивното и емоционално развојно ниво на детето при одлучување за најсоодветниот пристап. На пример, терапијата со игри и родителската обука би биле најсоодветни за употреба кај депресивни деца на предучилишна возраст, додека психодинамичката или когнитивната терапија би била посоодветна кај постарите деца и адолесцентите.

Когнитивната терапија им овозможува на пациентите, посебно на адолесцентите, да ги променат негативните сознанија за нив и за светот кои придонесуваат за нивна депресија. Когнитивната терапија има краткорочна и долгорочна ефикасност во третманот на адолесценти со депресивно или дисфорично расположение. Поради релативно високите нивоа на когнитивни нарушувања кај депресивни адолесценти, не е изненадувачки дека когнитивната терапија за однесување има поголема ефикасност во третманот на депресивни адолесценти, отколку недирективната терапија за поддршка и системската бихевиорална семејна терапија.

Оптималното лекување вклучува и едукација на пациентот и неговото или нејзиното семејство. Ова не само што го подобрува разбирањето на нарушувањето, туку исто така може да ја подобри усогласеноста на пациентот со терапијата. Може да ги намали склоноста на родителите да се обвинуваат себеси или своето дете за нарушувањето и може да ги предупреди родителите на депресивни тенденции кај нив или кај другите членови на семејството. Со оглед на високата преваленца на афективна болест кај роднини од прв степен на пациенти со големо депресивно растројство, семејното образование може да биде интегрална компонента за подобрување на средината на пациентот и структурата за поддршка, овозможувајќи лекување и заздравување на целото семејство. Оптимално, ова образование и соработка треба да се појават и во заедницата на пациентот, особено во училиштето, за да се обезбеди подобрена поддршка во сите значајни поставки.

Медицинската терапија кај депресивни деца е полна со контроверзии и ограничени информации. Покрај тоа, високиот плацебо одговор кај децата предизвикува контроверзии во многу студии за ефектите на антидепресивите кај децата.

1.2.7. Прогнози

Веројатноста од оздравување од првата појава на депресија е речиси 100%. Силната депресија кај детето е често продолжна, и вообичаени се повторни појави. Депресијата во детството го зголемува ризикот од депресија и самоубиство во адолесценцијата и возрасните години.

1.3. Релевантни емпириски истражувања

Неодамнешните епидемиолошки податоци покажуваат дека, како хипертензијата и дебелината, дислексијата одговара на димензионален модел. Со други зборови, во рамките на популацијата, способноста за читање и пречките во читањето се јавуваат долж континуитет, со попреченост во читањето што ја претставува долната опашка на нормалната дистрибуција на способноста за читање, во опсег од 5-10% до 17,5% (Shaywitz, S. E. 1998). Претходно се верувало дека дислексијата влијае првенствено на момчињата, сепак, поновите податоци укажуваат на сличен број на погодени момчиња и девојчиња. Спроведените лонгитудинални студии, и преспективни и ретроспективни, укажуваат на тоа дека дислексијата е постојана, хронична состојба; тоа не претставува минливо „заостанување во развојот“. Со текот на времето, лошите читачи и добрите читачи имаат тенденција да ги задржат своите релативни позиции долж спектарот на способност за читање.

Според податоците што науката до сега ги има, меже да се заклучи дека разликата помеѓу дислексијата и нормалното читање е квантитативна, а не квалитативна. Дури и тешката дислексија не претставува ништо повеќе од крајност во распределбата на читањето. Според тоа, евидентно е дека категоричниот пристап кон разбирањето на дислексијата повеќе не може да биде оправдан. Наместо тоа, димензионалниот пристап, каде дислексијата се гледа како „долна опашка“ во нормалната распределба на способностите за читање кај општата популација, се чини дека е повалиден.

Така, дислексијата е најдобро разбрана и конципирана не како дискретна

дијагностичка категорија која е јасно одделена од нормалната дистрибуција на населението, туку како екстремна варијација на способностите за читање кај популацијата. Се разбира, ова не ја намалува сериозноста на тешкотиите во читањето забележани кај дислексија, ниту ја исклучува можноста долната крајност на дистрибуцијата да биде етиолошки различна.

Проценките на преваленцата на дислексија варираат во зависност од употребената дефиниција, возраста и јазикот на населението. Иако сега постои согласност за хипотезата за „долната опашка“ за дислексија, полето продолжува да се нарушува од недостаток на универзално договорена точка за отсекување за нејзината дијагноза. Дислексијата покажува изразена машка надмоќ. Анализата на резултатите од четири епидемиолошки студии покажале сооднос маж/жена во регионот од 1,5-2 до 1 (Rutter и сор., 2004). Според Shaywitz и сор. (1990) сообносот момчиња/девојчиња е од околу 3:1, веројатно заради високата инциденца на проблеми со однесувањето кај момчињата, па поради тоа, полесно се откриваат. Докажано е дека дислексијата се јавува во сите јазични системи. Сепак, се вели дека нејзината распространетост е значително помала кај јазичните популации во кои пишаниот јазик е пофонтетски, како што се: македонски, шпански, италијански, грчки и чешки. Во овие групи се манифестира главно како слаба флуентност на читање. Деталното истражување на овие деца покажува дека основните фонолошки дефицити, како што е манипулацијата со фонемите, се нарушени исто како и кај лицата со дислексија од англиското говорно подрачје. Во логографските јазици, како што се кинескиот (каде што некој знак претставува збор или значаен дел од зборот), тешкотиите се манифестираат како лошо брзо именување.

Иако дислексијата е најдобро истражена од сите специфични нарушувања во развојот и има огромно подобрување во нашето разбирање за нејзината когнитивна основа, неколку прашања остануваат неодговорени. И покрај тоа што постои општа согласност дека дислексијата се јавува кај деца во целиот спектар на коефициент на интелигенција, има малку литература за дислексија кај популации со интелектуална попреченост. Литературата за развојната дислексија во зрелоста и нејзината врска, доколку ја има, со менталното здравје на возрасните е многу ограничена.

Gallegos J. и сор. (2012) во нивната студија, ја споредуваат сериозноста и

ризикот од депресија кај 130 деца со проблеми во учењето и кај 130 со нормален развој, што е првото истражување за истражување на емоционалните потешкотии на мексиканските деца со проблеми во учењето. Во студијата е користен Инвентарот за депресија кај деца, CDI, и забележано е дека децата со нарушување во учењето во поголем процент се изложени на ризик од депресија, споредено со деца со типичен развој (32% наспроти 18%). Резултатите покажуваат дека мексиканските деца со пореметување во учењето имаат поголем ризик од депресија, во споредба со децата со типичен развој и ја потенцираат можната корелација помеѓу депресијата и проблемите со учењето, потребата за промовирање на рана идентификација и ефективни интервенции за емоционална поддршка на деца со нарушување во учењето.

Mammarella IC и сор. (2010) во нивната студија, која имала за цел да истражи различни профили на деца со проблеми со учењето (невербално нарушување во учењето, нарушување на читањето) и деца со типичен развој, на возраст од 8 до 11 години, покажа дека децата со нарушувања во читањето имаат полоши симптоми на депресија, отколку оние со невербално нарушување во учењето и оние со типичен развој.

Секундарните симптоми на лица со дислексија, како што се висока вознемиреност и мала самодоверба, предизвикуваат разни дебати не само во едукативниот, туку и во клиничкиот контекст. Студијата на Shally Novita од 2016 г. има за цел да придонесе повеќе податоци во овој поглед и нуди можно објаснување за обете страни кои или ја поддржуваат или отфрлаат врската помеѓу дислексијата и нејзините секундарни симптоми. Главната цел на оваа студија е споредба на профили на анксиозност и самодоверба на деца со и без дислексија. Истражувањето е спроведено на 124 училишни деца на возраст меѓу 8 и 11 години. Нивниот IQ, како и нивната способност за читање и пишување, исто така биле измерени и користени како контролни променливи. Резултатите од оваа анализа покажуваат дека децата со дислексија имаат проблеми со вознемиреност и самопочитување во специфичниот контекст или домен. Сепак, нивната општа вознемиреност и самодоверба се нарушени.

Kashani и сор. (1982) ја проучувале ко-појавата на големо депресивно растројство и тешкотии во учењето кај 100 деца на возраст од 9 до 12 години. Според анализата на добиените резлутати, се заклучило дека кај 62% од децата кои имаат големо депресивно растројство, постојат и потешкотии во учењето, додека само 22% од

недепресивните деца имале потешкотии во учењето. Според авторите на оваа студија, овие резутати покажуваат или каузална врска помеѓу појавата на потешкотии во учењето и депресивото растројство, или предиспозиција кај некои деца да ги манифестираат обете состојби. Livingston (1985) во своето излагање за истовремената појава на депресија и потешкотиите во учењето, дава три потенцијални врски: 1. Депресијата предизвикува или ги влошува проблемите со учењето; 2. Попреченоста во учењето предизвикува или ја влошува депресијата; 3. Специфична мозочна дисфункција кај некои деца може да доведе и до големо депресивно растројство и до потешкотии во учењето. Livingston сугерира дека утврдувањето на стапката на потешкотии во учењето кај деца со депресивно растројство е многу важно за разјаснување на природата на односот помеѓу овие нарушувања.

Постои висок ризик од појава на психолошки проблеми кај децата со посебни потреби во учењето. Коморбидитетот на развојната дислексија со психолошки проблеми, како и со други тешкотии во учењето, ја нагласува потребата за когнитивен и бихевиорален пристап во програмите за третман, понудени на дислексични деца. Раната дијагностика и интервенција кај деца со нарушувања во учењето прави значително подобрување на самодовербата и социјалната компетентност, што им помага при отворање прозорци на можности во училиште и во светот на работата. Според резултатите добиени од истражувањето кое го спровеле Sahoo и сор. (2015), кај деца под 19 год. во Индија, преваленцата на лица со потешкотии во учењето се движи од 2% до 10%, додека 80% од вкупниот број на деца со потешкотии во учењето имаат дислексија. Во ова свое истражување тие исто така дошле до заклучок дека децата со потешкотии во учењето покажуваат полоши академски резултати кои се несразмерни на нивните интелектуални капацитети. Околу 30% од децата со посебни потреби во учењето имаат проблеми во однесувањето и емоциите, кои се движат од АДХД, депресија, анксиозност, самоубиство, злоупотреба на супстанции. Ко-појавата на такви проблеми со потешкотиите во учењето дополнително го зголемува академскиот неуспех. Во такви случаи, дијагнозата е тешка и незгодна; подобрувањето на академскиот успех бара сеопфатен пристап кон холистички третман.

Потешкотиите во учењето, заедно со сите пропратни состојби кои можат да се појават кај тие деца, претставуваат голем јавно-здравствен проблем поради нивното недоволно признавање и несоодветен третман.

Повеќе научни студии даваат податоци дека лицата со тешкотии во читањето имаат зголемен ризик за појава на низок селф-концепт и депресија (Alexander-Passe, 2006; Boetsch, Green & Pennington, 1996; Humphrey, 2002; McNulty, 2003; Riddick, 1996; Riddick, Sterling, Farmer & Morgan, 1999). Таквиот ризик може да биде поврзан со искуствата кои овие лица ги имаат поради слабите академски успеси, чувство на дискриминација или отфрлање од, за нив, значајни други лица (на пример, врсници и наставници) и/или непријатноста поради тоа што се етикетирани како „дислексични".

Децата и адолесцентите со дислексија имаат значително понизок академски селф-концепт, за разлика од оние без дислексија. Но, сепак, глобалното ниво на селф-концептот кај деца со дислексија не е сигнификантно пониско од она кај тие без дислексија. Овие резултати имплицираат дека дислексијата може да го намали академскиот селф-концепт, но може и да не ја намали глобалната самодоверба. Можно објаснување за наодите е дека студентите со дислексија можат да ја заштитат својата глобална самодоверба на тој начин што успеваат своите слабости да ги искомпензираат со своите силни страни. (Burden, 2008; Frederickson & Jacobs, 2001; Pakzad & Rogé, 2005; Polychroni, Koukoura, & Anagnostou, 2006; Riddick et al., 1999; Ridsdale, 2004).

Резултатите од студиите на Fairhurst и Pumfrey, (1992) и на Хамфри, (2002), во кои тие го истражувале академскиот селф-концепт на кај деца и адолесценти, укажуваат на тоа дека децата и адолесцентите со дислексија обично се доживуваат себеси како помалку популарни или ценети од оние без дислексија.

Kazdin (1988) забележал дека нискиот селф-концепт е често истакната карактеристика на депресијата. Понатаму, Heath (1995) открил дека учениците со потешкотии во учењето, кои пријавиле повисоки нивоа на депресија, имаат тенденција да имаат понизок академски селф-концепт, независно од нивното вистинско академско достигнување.

Понатаму, Bonifacci и сор. (2008) објаснуваат дека појавата на емоционален стрес, како што е депресија или анксиозност, кај децата со дислексија можеби е под влијание на нивното ниво на когнитивно функционирање. Во споредба со учениците кои имаат IQ, кое е под просечното ниво, оние кои имаат најмалку просечна

интелигенција имаат поголема веројатност брзо да научат вештини за санација, да извлечат креативни начини за учење или да се истакнат во други области каде што читањето/пишувањето не се клучни, (на пример: спорт, готвење, дизајнирање, работа со компјутери и сл.). Следствено, емоционалното вознемирување поради нивните тешкотии во читањето и пишувањето е намалено. Поради тоа, дошле до заклучок дека кај испитаниците во нивната студија, просечното когнитивно функционирање на учениците би можело да се смета како заштитен фактор за нивната благосостојба.

Адолесценцијата претставува период на транзиција што е стресен, особено за младите кои имаат тешкотии во читањето. Адолесцентите кои имаат потешкотии во читањето честопати сметаат дека академските побарувања се фрустрирачки затоа што читањето претставува центар на голем дел од нивните предмети. Поради тоа, тие често имаат намалена самодоверба и намалена мотивација за учење. Во ситуации кога од нив се бара да читаат или да пишуваат, често кај нив се јавува чувство на срам и вознемиреност (Goldston и сор., 2007).

Во студијата за млади во Питсбург, Maughan, и сор. 2003 забележале дека пред-тинејџерските момчиња со потешкотии во читањето имаат подепресивно расположение, за разлика од нивните врсници без проблеми со читањето. Децата и адолесцентите, особено со тешкотии во читањето, исто така, забележано е дека имаат повисоки оценки за мерките на симптоми на вознемиреност, отколку младите без проблеми со читање, особено за девојчињата (Willcutt и Pennington, 2000). Повеќето испитаници изјавиле дека благодарение на тоа што имале добри пријатели, училиштето било толерантно од многу аспекти. Тие истакнуваат дека најдобрите моменти на училиште им биле паузите и единственото нешто што уживале е да си играат со своите соученици. Понекогаш биле задевани или малтретирани поради нивните тешкотии во читањето и пишувањето.

Ingesson (2007) изјавува дека мнозинството тинејџери и млади, кои имаат проблеми со читањето, првите шест години на училиште ги поминале со чувство дека се различни, инфериорни и глупави. Несигурноста што ја чувствувале многумина од нив, во некои случаи била влошена од ставовите на другите, што резултира со лоши односи и во неколку случаи, во споредба со децата воопшто, задевања и малтретирање. Самодовербата на овие испитаници е намалена како резултат на нивните проблеми со

дислексијата и многумина се чувствуваат како поразлични и инфериорни во однос на другите.

Во периодот помеѓу 7-11 година, самодовербата на децата генерално опаѓа, во споредба со самоуверените предучилишни деца. 33,34 За време на овој период децата почнуваат да се проценуваат себеси „преку очите“ на другите и се многу чувствителни на тоа да бидат различни. Ако тогаш, тие сметаат дека се помалку компетентни од другите, особено во важни области, како што се читање и пишување во текот на првите години на училиште, постои ризик од значителен пад на самодовербата. Комбинирањето на емоционална чувствителност поврзана со возраста, заедно со збунувачко чувство на детето дека нешто не е во ред, доведува до мала самодоверба кај децата кои не успеваат да научат да читаат и пишуваат во текот на своите први училишни години.

2. Методологија на истражувањето

2.1. Дизајн на истражувањето

Ова истражување претставува студија на пресек, која е направена врз основа на резултатите добиени од анализа на податоците добиени од Тестот за дислексија и Инвентарот за депресија кај децата (CDI). За потребите на ова истражување се користи верижен примерок (примерок на „снежна топка“) од потенцијални испитаници онлајн. Поради специфичноста на возрасната група, која треба да учествува во истражувањето, онлајн формата ќе биде доставена до родители кои имаат деца во основно образование. Со согласност на родителите, децата ќе го пополнат прашалникот. Главниот критериум за учество во истражувањето е возрасната граница која се движи од 8 до 14 години. Истражувањето е од квантитативен вид и карактер.

2.2. Предмет на истражувањето

Во ова истражување ќе се проверува поврзаноста помеѓу потешкотиите во учењето и појавата на знаци за депресија кај децата кои имаат специфични потешкотии во учењето, односно дислексија. Исто така, ќе се проверува и дали има разлика во однос на полот и во поглед на потешкотии во учењето и во поглед на депресијата.

2.3. Задачи на истражувањето

Задачи на истражувањето се:

- Да се покаже процентот на ученици со дислексија;
- Да се види дали има разлика во дистрибуцијата на дислексија во зависност од полот;
- Да се докаже позитивната поврзаност помеѓу дислексијата и појавата на симптоми на депресија;
- Да се види дали има разлика во дистрибуцијата на депресија во зависност од полот.

2.4. Цел и карактер на истражувањето

Целта на истражувањето ќе биде да се дојде до податоци колкав е бројот на ученици кои имаат специфични потешкотии во учењето, односно дислексија. Дали постои разлика во инциденцата на појава на дислексија во однос на полот. Дали постои поврзаност помеѓу присуството на дислексија и појавата на знаци на депресија и дали има разлика на тој процент во однос на полот.

2.5. Хипотези

Врз основа на проучената, достапна литература, во која се обработува односот на појава на дислексија и психолошки проблеми кај децата со дислексија, хипотезите кои се испитуваат во ова истражување се:

Главна хипотеза: Присуството на дислексија влијае на појавата на депресија кај децата, односно присуството на дислексија ја зголемува можноста за појава на депресија кај децата, а нејзиното отсуство ја намалува можноста за појава на депресија.

Потхипотеза 1: Степенот на дислексија влијае на појавата на симптоми на депресија кај детето.

Потхипотеза 1а: Ако дислексијата е посилно изразена, нивото на депресија кај детето ќе биде повисоко.

Потхипотеза 1б: Ако дислексијата е послабо изразена, нивото на депресија кај детето ќе биде пониско.

Потхипотеза 2: Постои разлика во присуството на депресија кај децата со дислексија, во зависност од полот.

Потхипотеза 2а: Кај децата од машки пол депресијата е поизразена.

Потхипотеза 2б: Кај децата од женски пол депресијата е послабо изразена.

Потхипотеза 3: Постои разлика во присуството на депресија, кај децата генерално, во зависност од полот.

Потхипотеза 3а: Кај децата од машки пол депресијата е поизразена.

Потхипотеза 3б: Кај децата од женски пол депресијата е послабо изразена.

Потхипотеза 4: Постои разлика во присуството на дислексија кај децата од различен пол.

Потхипотеза 4а: Дислексијата е почесто застапена помеѓу лицата од машки пол.

Потхипотеза 4б: Дислексијата е послабо застапена помеѓу лицата од женски пол.

2.6. Варијабли во истражувањето

2.6.1. Истражувачки варијабли

2.6.1.1. Присуство на дислексија

Во актуелното истражување присуството на дислексија претставува независна варијабла. Степенот на дислексија го одредуваме преку анализа на скорот добиен од тестот за дислексија. Во актуелното истражување присуството на дислексија претставува независна варијабла. Степенот на дислексија го одредуваме преку анализа на скорот добиен од тестот за дислексија. Ако скорот е помал од 86, испитаникот нема дислексија, ако скорот е меѓу 86 и 129 бода, постои одреден степен на дислексија, а ако е над 129, значи испитаникот има изразена дислексија.

2.6.1.2. Степен на депресија

Во ова истражување степенот на депресија е зависна варијабла. Степенот на депресија се одредува преку одредување на скорот дибиен од Инвентарот за депресија (CDI). Во ова истражување, степенот на депресија е зависна варијабла. Степенот на депресија се одредува преку одредување на скорот дибиен од Инвентарот за депресија (CDI). За присуство на депресија, во оваа студија е земен катинг-скор од 17. Оние испитаници коишто имаат скор под 17, немаат депресија. Кај оние испитаници кои имаат скор над 17, имаат одреден степен на депресија. Кај нив колку е повисок скорот,

толку депресијата е поизразена.

2.6.2. Релативни варијабли

Во ова истражување релативни варијабли се полот и возраста на испитаниците. Испитаниците во актуелното истражување се деца на возраст од 8 до 14 години, од машки и женски пол.

2.7. Дефинирање на испитуваната група

Во актуелното истражување се опфатени 150 испитаници, од кои 75 машки и 75 женски деца, на возраст од 8 до 14 години.

2.8. Методи, техники и инструменти на истражување

За потребите на истражувањето ќе се користат два мерни инструменти.

2.8.1. Тест за дислексија

Тест за дислексија, изработен за потребите на Здружението за дислексија Ајнштајн. Составен е од 30 прашања. Испитаниците одговараат со одбирање на степенот на согласување со секое поединечно тврдење. Притоа, бројот 1 означува „воопшто не се однесува на мене“, бројот 2 „малку се однесува на мене“, бројот 3 „понекогаш се однесува на мене“ и бројот 4 „често се однесува на мене“.

Тврдењата со реден број од 1 до 17 се бодуваат од 1 до 4:

- Воопшто не се однесува на мене - 1 бод;
- Малку се однесува на мене - 2 бода;
- Понекогаш се однесува на мене - 3 бода;
- Често се однесува на мене - 4 бода.

Тврдењата од реден број 18 до реден број 30 се бодуваат со бодови од 2 до 8:

- Воопшто не се однесува на мене - 2 бода;

- Малку се однесува на мене - 4 бода;
- Понекогаш се однесува на мене - 6 бода;
- Често се однесува на мене - 8 бода.

Доколку вкупниот број на бодови од тестот е помал од 86, испитаникот најверојатно нема проблеми со учењето предизвикани од дислексија. Овој број на бодови го добија лицата при пилот-тестирањето, за кои со сигурност се знае дека немаат типични особини кои се карактеристични за дислексија. Доколку искрено сте одговориле на прашањата, резултатот покажува дека немате проблем со концентрација при читањето или брзината на читање. Доколку пак, сте освоиле помалку од 86 бода, а сепак постигнувате послаб успех во училиште, причините за тоа може да бидат од поинаква природа, или пак, несвесно да сте одговориле на прашањата со недоволна искреност. Една од заедничките карактеристики на учениците со дислексија е прикривање на недостатоците со многубројни одбранбени стратегии.

Ако резултатот е меѓу 86 и 129 бода, постои веројатност дека испитаникот има одреден степен на дислексија. Кај испитаниците од пилот-тестирањето, кои го добија овој резултат, а за кои се смета дека имаат поблага форма на дислексија, констатирани се одредени особини кои се заеднички за дислексичарите. Во оваа категорија спаѓаат лицата кои најчесто постигнуваат добар успех во училиште, но со вложување на повеќе труд од своите соученици. Честопати за себе мислат дека не се доволно способни и имаат намалена самодоверба.

Доколку постигнатиот резултат е повисок од 129 бода, значи дека испитаникот има изразена дислексија, што сигурно укажува на можноста дека се соочува со тешкотии во учењето. Овие тешкотии не произлегуваат од неговите интелектуални можности, туку имаат поинаква природа. За овие испитаници може да се каже дека навистина ги имаат дарбите на дислексијата, како што се: изразената креативност, интуиција и живописна имагинација, но во исто време дека имаат проблем со течно и прецизно читање, разбирање на прочитаното или губење на фокус при читањето. Честопати применуваат одбранбени стратегии за прикривање на недостатоците со читање и пишување бидејќи грешките ги доживуваат како вистински кошмар. Прикривањето, сепак, нема да го реши проблемот, туку напротив, ќе ја спречи експресијата на неговите вистински потенцијали. Препорака е да се побара соодветна

помош за подобрување на оваа состојба.

2.8.2. Инвентар за депресија кај децата - CDI

Инвентарот за депресија кај децата (CDI; Ковач, 1979,1992) првично е развиен како ревизија на Инвентарот за депресија на Бек (BDI). CDI е една од најчесто користените истражувачки мерки за депресија кај деца и се состои од 27 ставки, а секоја од нив оценува симптом на депресија или поврзано влијание. Ова е скала за самооценување развиена од Ковач (1992), која има за цел да ги идентификува депресивните симптоми (афективни, когнитивни и бихевиорални) кај деца и адолесценти од 7 до 17 години. Предметите се претставени како три изјави со различна тежина на симптомот: 0 поени за алтернативата (а) (без симптом), 1 поен за алтернативата (б) (присутен симптом), 2 поени до алтернатива (в) (сериозен симптом). Просечно време за решавање на прашалникот е 10 минути. Психометриските карактеристики на CDI се пријавени во многу студии. За оваа студија ќе се користи верзија преведена од англиски на македонски јазик од страна на истражувачот.

Иако не е дизајниран како дијагностичка мерка, CDI е корисен за проценка на сериозноста на депресивната симптоматологија. Кај примероците на училишни недепресивни деца, обично се пријавува просечен скор на CDI од 8 до 10 и стандардна девијација од 7 до 8 поени (Кол, 1991; Кол и Карпентери, 1990; Крегхед, Кари и Иларди, 1995; Финч и сор., 1985; Олендик, Јуле и Олиер, 1991; Смакер и сор., 1986; Сајлор и сор., 1984). Кај големи примероци на деца, скор 19 се забележува кај приближно 10% од примерокот. Максималниот скор кој може да се добие е 54. Колку е повисок добиениот скор, толку депресијата е поизразена. Децата кои имаат повисок скор на CDI, имаат тенденција да постигнуваат послаб успех во училиште, имаат послабо развиени социјални вештини и не се многу комуникативни, што може да биде причина да не се толку популарни помеѓу врсниците и наставниците.

CDI емпириски е поделен на 5 фактори:

1. Негативно расположение - на овој фактор се однесуваат прашањата: 23, 15, 26, 3, 27, 5;

2. Негативно самопочитување - на овој фактор се однесуваат прашањата: 10, 16, 18, 11, 1, 6, 17, 9;

3. Интерперсонални проблеми - на овој фактор се однесуваат прашањата: 7, 4, 8, 25, 14;
4. Анхедоија - на овој фактор се однесуваат прашањата: 22, 21, 12, 20;
5. Неефикасност - на овој фактор се однесуваат прашањата: 2, 19, 13, 24.

2.9. Статистичка обработка на податоците

Статистичката обработка на податоците ќе биде вршена со Статистички пакет за социјални науки – IBM SPSS Statistics 19, со примена на дескриптивно-статистички и инференцијално-статистички методи. Континуираните варијабли се прикажани како средна вредност со стандардна девијација, а номиналните варијабли се прикажани како апсолутни броеви и проценти.

Дескриптивните статистички методи се состојат од табелатно и графичко претставување на статистичките серии, според дефинираните варијабли.

Инференцијално-статистички методи кои се применети во истражувањето се:

- Анализа на квантитативните белези – одредување на аритметичка средина и стандардна девијација;
- Анализа на квалитативните белези – одредување на односи, пропорции и проценти;
- Pearson – ов χ^2-тест (или Fisher's exact тест) за споредување на атрибутивните серии;
- Student–ов t – тест за споредување на нумеричките серии;
- Корелација – за проценување на зависноста на опсервираните варијабли;

Статистичката сигнификантност ќе биде одредена за вредност на p помала од 0,05.

3. РЕЗУЛТАТИ

Карактеристики на испитуваната група

Испитуваната група се состои од 150 испитаници (n=150), од кои 75 испитаници се деца од машки пол (n=75) и 75 испитаници се деца од женски пол (n=75).

Во табела 1 е прикажана просечната возраст на испитаниците од машки и женски пол.

Табела 1: Просечна возраст на испитаниците

	Женски n=75	Машки n=75	t (p)
Возраст	12,64±3,1	11,92±2,282	1,620 (0,107)

Од претходната табела може да се забележи дека не постои статистички сигнификантна разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на возраста. Просечната возраст на испитаниците од женски пол е 12,64±3,1, а просечната возраст на испитаниците од машки пол е 11,92±2,282.

Резултати добиени од тестот за дислексија

Табела 2: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за дислексија

	Женски n=75	Машки n=75	t (p)
Дислексија скор	67,92±23,890	86,07±34,294	-3,760 (0,0001)

Од претходната табела може да се забележи дека постои статистички сигнификантна разлика помеѓу испитаниците од двата пола (p=0,0001). Просечната вредност на скорот за дислексија кај испитаниците од женски пол изнесува 67,92±23,890, а кај испитаниците од машки пол изнесува 86,07±34,294. Според

резултатот, може да се заклучи дека испитаниците од машки пол имаат статистички сигнификантно повисок скор на тестот за дислексија од испитаниците од женски пол.

Табела 3: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за дислексија кај испитаниците кои немаат дислексија.

Нема дислексија	Женски n=66	Машки n=45	T (p)
Дислексија скор	60,82±10,957	62,09±11,589	-0,586 (0,559)

Од погорната табела може да се забележи дека кај оние испитаници кои немаат дислексија, не постои статистички сингнификантна разлика во однос на скорот за дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 4: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за дислексија кај испитаниците кои имаат дислексија.

Кај испитаници со дислексија	Женски n=9	Машки n=30	t (p)
Дислексија скор	120±28,922	122,23±23,812	-0,214 (0,832)

Од претходната табела може да се забележи дека кај оние испитаници кои имаат дислексија, не постои статистички сингнификантна разлика во однос на скорот за дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 5: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за дислексија кај испитаниците кои имаат одреден степен на дислексија.

Има одреден степен на дислексија	Женски n=6	Машки n=20	T (p)
Дислексија скор	103,17±15,829	108,15±13,655	-0,757 (0,456)

Од претходната табела може да се забележи дека кај оние испитаници кои имаат одреден степен на дислексија, не постои статистички сингнификантна разлика во однос на скорот за дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 6: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за дислексија кај испитаниците кои имаат изразена дислексија.

Има изразена дислексија	Женски n=3	Машки n=10	T (p)
Дислексија скор	153,67±13,013	149,8±12,173	0,476 (0,643)

Од претходната табела може да се забележи дека кај оние испитаници кои имаат изразена дислексија, не постои статистички сингнификантна разлика во однос на скорот за дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 7: Дистрибуција на испитаниците во однос на присуството на дислексија

Присуство на дислексија	Женски n=75	Машки n=75	χ^2 (p)
НЕ	66 (88%)	45 (60%)	15,281 (0,0001)
ДА	9 (12%)	30 (40%)	

Од погорната табела можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна разлика во однос на присуството, односно отсуството на дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол. Процентот на испитаници од женски пол кои немаат дислексија е статистички сигнификантно повисок, во однос на процентот на испитаници од машки пол кои немаат дислексија. Следствено на тоа, процентот на испитаници од машки пол кои имаат дислексија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници од женски пол кои имаат дислексија.

Табела 8: Дистрибуција на испитаниците според степенот на дислексија

Дислексија	Женски n=75	Машки n=75	Вкупно n=150	χ^2 (p)
Нема дислексија	66 (88%)	45 (60%)	111 (74%)	15,281 (0,0001)
Има одреден степен на дислексија	6 (8%)	20 (26,67%)	26 (17,33%)	
Има изразена дислексија	3 (4%)	10 (13,33%)	13 (8,67%)	

Од претходната табела може да се забележи помеѓу испитаниците од машки и

женски пол постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои немаат дислексија, имаат одреден степен на дислексија или имаат изразена дислексија.

Резултати добиени од тестот за депресија.

Табела 9: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија

	Женски n=75	Машки n=75	t (p)
Депресија скор	9,45±8,497	9,85±11,246	-0,246 (0,806)

Од претходната тебела може да се заклучи дека испитаниците од машки пол имаат повисок скор на тестот за депресија во однос на испитаниците од женски пол. Но оваа разлика не е статистички сигнификантна.

Табела 10: Дистрибуција на испитаниците според присуството на депресија

Присуство на депресија	Женски n=75	Машки n=75	χ^2 (p)
НЕ	68 (90,67%)	64 (85,33%)	1,010 (0,315)
ДА	7 (9,33%)	11 (14,67%)	

Од претходната табела можеме да забележиме дека процентот на испитаници од женски пол кои немаат депресија е статистички несигнификантно повисок од процентот на испитаници од машки пол кои имаат депресија. Следствено на тоа, може да заклучиме дека процентот на испитаници од машки пол кои имаат депресија е повисок од процентот на испитаници од женски пол кои имаат депресија, но оваа разлика не е сигнификнтна.

Табела 11: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија, кај испитаниците без и со дислексија

	Нема дислексија n=111	Има дислексија n=39	t (p)
Депресија скор	7,15±6,911	16,77±13,362	-5,728 (0,0001)

Од табела 10 може да забележиме дека постои статистички сигнификантна (p<0.001) разлика во однос на просечната вредност на скорот за депресија, помеѓу испитаниците без и со дислексија.

Табела 12: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија, кај испитаниците со одреден степен и со изразена дислексија

	Има одреден степен на дислексија n=26	Има изразена дислексија n=13	t (p)
Депресија скор	12,15±10,487	26,00±14,065	-3,464 (0,001)

Од табела 12 може да забележиме дека постои статистички сигнификантна (p<0.001) разлика во однос на просечната вредност на скорот за депресија, помеѓу испитаниците со одреден степен и со изразена дислексија.

Табела 13: Дистрибуција на испитаниците според присуството на депресија

Вкупно n=150		Депресија		χ^2 (p)
		НЕ	ДА	
Дислексија	НЕ	105 (70%)	6 (4%)	17,582 (0,0001)
	ДА	27 (18%)	12 (8%)	

Од претходната табела може да се забележи помеѓу испитаниците кои немаат и имаат дислексија постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои имаат присуство на депресија.

Табела 14: Дистрибуција на испитаниците од женски пол според присуството на депресија

Женски n=75		Депресија		χ^2 (p)
		НЕ	ДА	
Дислексија	НЕ	63 (84%)	3 (4%)	14,899 (0,0001)
	ДА	5 (6,67%)	4 (5,33%)	

Од претходната табела може да се забележи помеѓу испитаниците од женски пол, кои немаат и имаат дислексија, постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои имаат присуство на депресија.

Табела 15: Дистрибуција на испитаниците од машки пол според присуството на депресија

Машки n=75		Депресија		χ^2 (p)
		НЕ	ДА	
Дислексија	НЕ	42 (56%)	3 (4%)	5,753 (0,016)
	ДА	22 (29,33%)	8 (10,67%)	

Од претходната табела може да се забележи помеѓу испитаниците од машки пол, кои немаат и имаат дислексија, постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои имаат присуство на депресија.

Табела 16: Дистрибуција на испитаниците кои имаат различен степен на дислексија според присуството на депресија

Вкупно n=39	Депресија		χ^2 (p)
	НЕ	ДА	
Има одреден степен на дислексија	22 (56,41%)	5 (12,82%)	4,875 (0,027)
Има изразена дислексија	6 (15,38%)	7 (17,95%)	

Од претходната табела може да се забележи помеѓу испитаниците кои имаат различен степен на дислексија постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои имаат присуство на депресија.

Табела 17: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија кај испитаниците кои немаат дислексија

Нема дислексија	Женски n=66	Машки n=45	t (p)
Депресија скор	7,98±6,480	5,93±7,405	1,545 (0,125)

Од претходната табела може да се забележи дека скорот на депресија кај испитаниците од женски пол, кои немаат дислексија, е несигнификантно повисок во однос на скорот на депресија кај испитаниците од машки пол.

Табела 18: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија кај испитаниците кои имаат дислексија

Кај испитаници со дислексија	Женски n=9	Машки n=30	t (p)
Депресија скор	22,22±13,358	15,73±13,414	0,881 (0,348)

Од табелата погоре може да забележиме дека скорот на депресија кај испитаниците од женски пол, кои имаат дислексија, е несигнификантно повисок во однос на скорот на депресија кај испитаниците од машки пол.

Табела 19: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија кај испитаниците кои имаат одреден степен на дислексија

Има одреден степен на дислексија	Женски n=6	Машки n=20	t (p)
Депресија скор	14,50±10,672	11,45±10,605	-0,617 (0,543)

Од претходната табела можеме да забележиме дека скорот на депресија кај испитаниците од женски пол, кои имаат одреден степен на дислексија, е несигнификантно повисок во однос на скорот на депресија кај испитаниците од машки пол.

Табела 20: Просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија кај испитаниците кои имаат изразена дислексија

Има изразена дислексија	Женски n=3	Машки n=10	t (p)
Депресија скор	31,67±11,59	24,30±14,833	-0,783 (0,450)

Од табелата погоре можеме да забележиме дека скорот на депресија кај испитаниците од женски пол, кои имаат изразена дислексија, е несигнификантно повисок во однос на скорот на депресија кај испитаниците од машки пол.

Табела 21: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно

	Женски n=75	Машки n=75	t (p)
Негативно расположение	1,76±2,174	2,32±2,605	-1,429 (0,155)
Негативно самопочитување	3,48±3,151	2,95±3,679	0,953 (0,342)
Интерперсонални проблеми	1,32±1,604	1,53±2,361	-0,647 (0,518)
Анхедонија	0,97±1,551	1,49±2,101	-1,724 (0,087)
Неефикасност	1,92±1,799	1,56±1,192	1,188 (0,237)

Во табелата погоре ни е прикажана просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија (CDI), за секој фактор посебно. Од оваа табела може да се забележи дека испитаниците од женски пол имаат повисок скор на факторот за негативно самопочитување, во однос на испитаниците од машки пол, но оваа разлика не е статистички сигнификантна. Во однос на останатите 4 фактори, испитаниците од машки пол имаат несигнификантно повисок скор.

Табела 22: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно, кај испитаниците кои немаат дислексија

Без дислексија	Женски n=66	Машки n=45	t (p)
Негативно расположение	1,23±1,356	1,33±1,859	-0,348 (0,729)
Негативно самопочитување	3,18±2,929	1,93±2,499	2,337 (0,021)
Интерперсонални проблеми	1,12±1,353	0,78±1,636	1,205 (0,231)
Анхедонија	0,80±1,268	0,84±1,507	-0,156 (0,867)
Неефикасност	1,65±1,473	1,04±1,147	2,325 (0,022)

Во погорната табела ни е прикажана просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија (CDI), за секој фактор посебно кај испитаниците без дислексија. Од оваа табела може да се забележи дека испитаниците од женски пол имаат статистички сигнификантно повисок скор на факторите за негативно самопочитување и неефикасност, во однос на испитаниците од машки пол. Во однос на останатите 3 фактори не постои сигнификантна разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 23: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно, кај испитаниците кои имаат дислексија

Со дислексија	Женски n=9	Машки n=30	t (p)

Негативно расположение	5,67±3,041	3,80±2,882	1,684 (0,101)
Негативно самопочитување	5,67±4,000	4,47±4,592	0,706 (0,484)
Интерперсонални проблеми	2,78±2,894	2,67±2,820	0,106 (0,916)
Анхедонија	2,22±2,682	2,47±2,488	-0,254 (0,801)
Неефикасност	3,89±2,713	2,33±2,510	1,602 (0,118)

Во табелата погоре ни е прикажана просечната вредност на скорот добиен од тестот за депресија (CDI), за секој фактор посебно, кај испитаниците со дислексија. Од оваа табела може да се забележи дека кај испитаниците со дислексија не постои статистички сигнификантна разлика во однос на просечната вредност помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 24: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно, помеѓу испитаниците кои немаат и имаат дислексија

Вкупно	Без дислексија n=111	Со дислексија n=39	t (p)
Негативно расположение	1,27±1,572	4,23±2,986	-7,829 (0,0001)
Негативно самопочитување	2,68±2,819	4,75±4,41	-3,354 (0,001)

Интерперсонални проблеми	1,98±1,477	2,69±2,716	-4,901 (0,0001)
Анхедонија	0,82±1,363	2,41±2,5	-4,945 (0,0001)
Неефикасност	1,41±1,378	2,69±2,607	-3,892 (0,0001)

Од погорната табела може да се забележи дека испитаниците со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI посебно, во однос на испитаниците без дислексија.

Табела 25: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно, помеѓу испитаниците од машки пол кои немаат и имаат дислексија

Машки	Без дислексија n=45	Со дислексија n=30	t (p)
Негативно расположение	1,33±1,859	3,80±2,882	-4,512 (0,0001)
Негативно самопочитување	1,93±2,499	4,47±4,592	-3,085 (0,003)
Интерперсонални проблеми	0,78±1,636	2,67±2,820	-3,668 (0,0001)
Анхедонија	0,84±1,507	2,47±2,488	-3,518 (0,001)

Неефикасност	1,04±1,147	2,33±2,510	-3,012 (0,0004)

Од погорната табела може да се забележи дека испитаниците од машки пол со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI посебно, во однос на испитаниците од машки пол без дислексија.

Табела 26: Просечна вредност на скорот добиен од тестот за депресија, за секој фактор посебно, помеѓу испитаниците од женски пол кои немаат и имаат дислексија

Женски	Без дислексија n=66	Со дислексија n=9	t (p)
Негативно расположение	1,23±1,356	5,673±3,041	-7,672 (0,0001)
Негативно самопочитување	3,18±2,929	5,67±4	-2,281 (0,025)
Интерперсонални проблеми	1,12±1,353	2,78±2,489	-3,068 (0,003)
Анхедонија	0,80±1,268	2,22±2,682	-2,681 (0,009)
Неефикасност	1,65±1,473	3,89±2,713	-3,805 (0,0001)

Од погорната табела може да се забележи дека испитаниците од женски пол со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI посебно, во однос на испитаниците од женски пол без дислексија.

Табела 28: Дистрибуција на испитаниците, кои немаат дислексија, според присуството на депресија

Присуство на депресија кај испитаници без дислексија	Женски n=66	Машки n=45	χ^2 (p)
НЕ	63 (95,45%)	42 (93,33%)	0,235 (0,628)
ДА	3 (4,54%)	3 (6,67%)	

Од претходната табела можеме да забележиме дека кај испитаниците без дислексија не постои статистички сигнигикантна разлика во однос на присуството на депресија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

Табела 29:Дистрибуција на испитаниците, кои имаат дислексија, според присуството на депресија

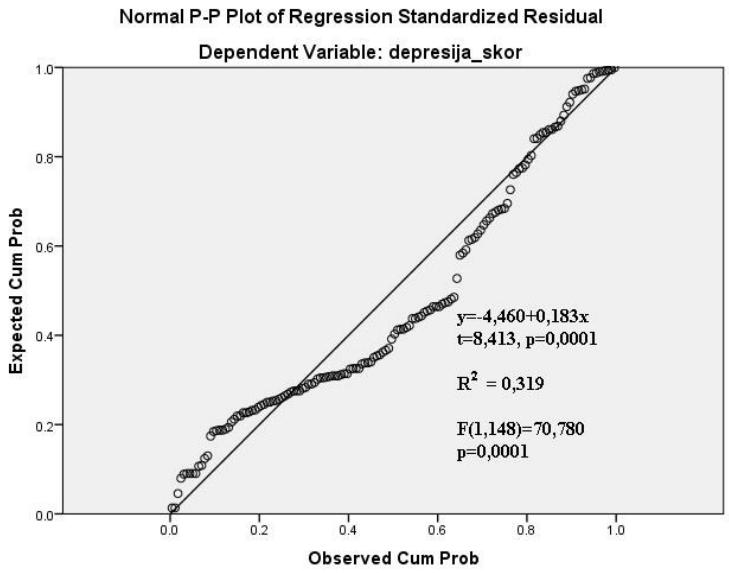
Присуство на депресија кај испитаници со дислексија	Женски n=9	Машки n=30	χ^2 (p)
НЕ	5 (55,56%)	22 (73,33%)	1,027 (0,311)
ДА	4 (44,44%)	8 (26,67%)	

Од претходнта табела може да се забележи дека кај испитаниците со дислексија не постои сигнификантна разлика во однос на присуството на депресија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.

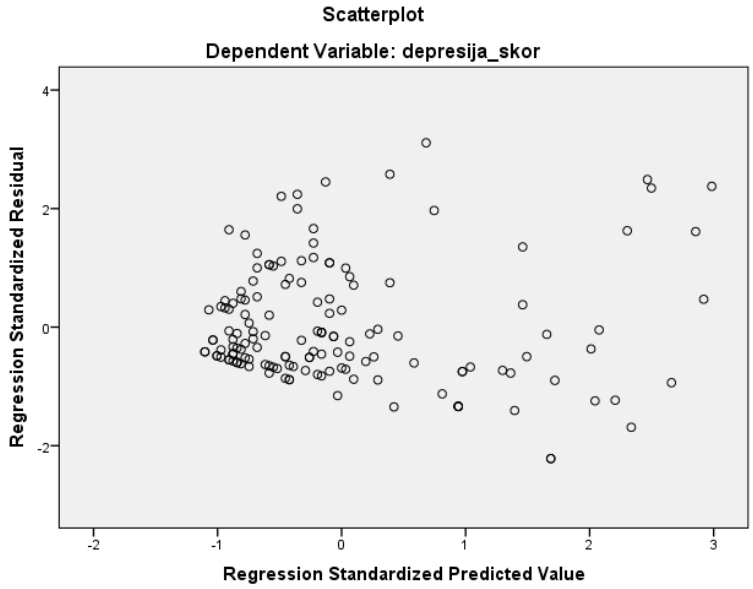
Табела 30: Корелација помеѓу скорот добиен на тестот за дислексија, скорот добиен на тестот за депресија и скорот добиен за сите 5 фактори од тестот за депресија засебно

Вкупно	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Дислексија скор	1						
(2) Депресија скор	0,569 (0,0001)	1					
(3) Негативно расположение	0,676 (0,0001)	0,837 (0,0001)	1				
(4) Негативно самопочитување	0,409 (0,0001)	0,913 (0,0001)	0,668 (0,0001)	1			
(5) Интерперсо-нални проблеми	0,445 (0,0001)	0,856 (0,0001)	0,663 (0,0001)	0,739 (0,0001)	1		
(6) Анхедонија	0,446 (0,0001)	0,802 (0,0001)	0,584 (0,0001)	0,646 (0,0001)	0,631 (0,0001)	1	
(7)Неефикасност	0,461 (0,0001)	0,848 (0,0001)	0,647 (0,0001)	0,728 (0,0001)	0,641 (0,0001)	0,657 (0,0001)	1

Од претходната табела можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна позитивна корелација (p=0,0001) помеѓу сите параметри од табелата.

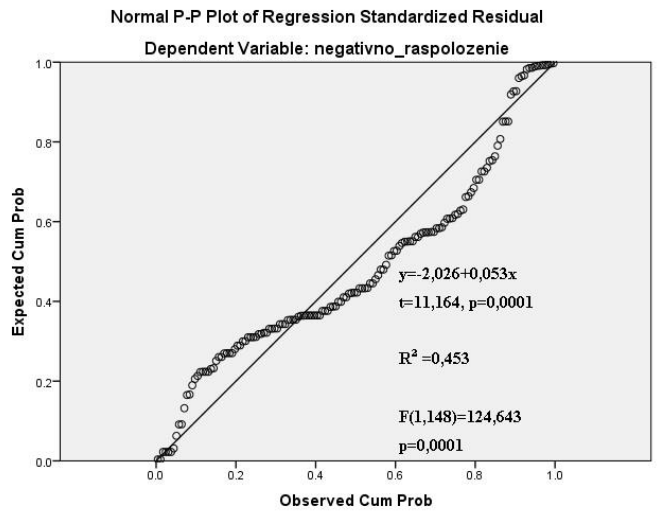


Графикон 1: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

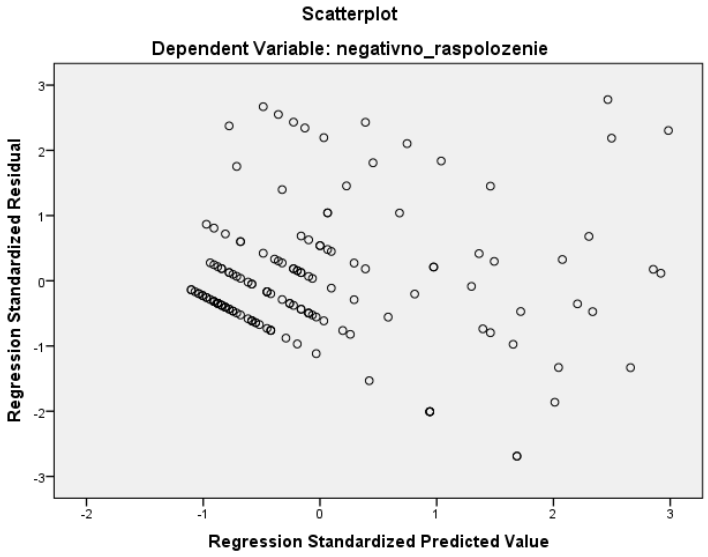


Графикон 1а: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

Од погорните два графикони можеме да забележиме дека помеѓу скорот на дислексија и скорот на депресија постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност. Скорот за дислексија објаснува дури 31,9 % од промените во скорот на депресија.

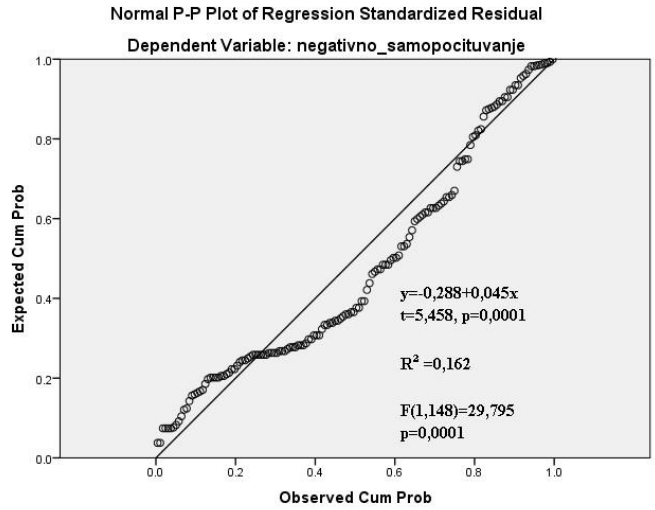


Графикон 2: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

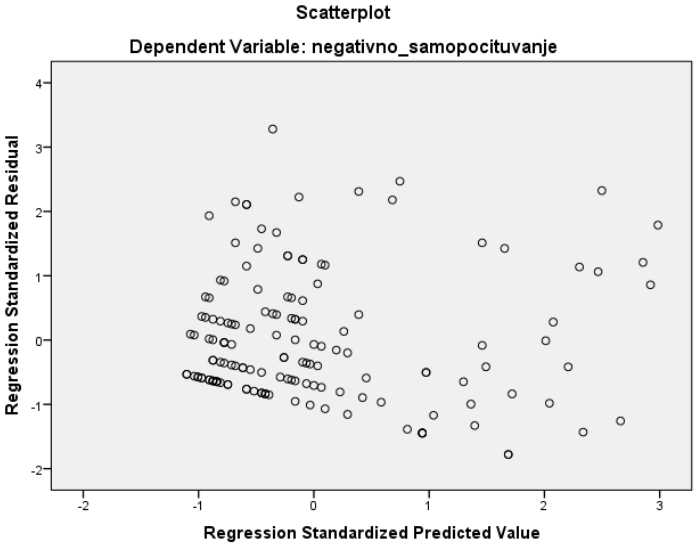


Графикон 2а: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

Од графиконите 2 и 2а можеме да заклучиме дека промените во скорот за негативно расположение се сигнификантно позитивно линеарно поврзани со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека 45,3% од промените во скорот за негативно расположение можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија.

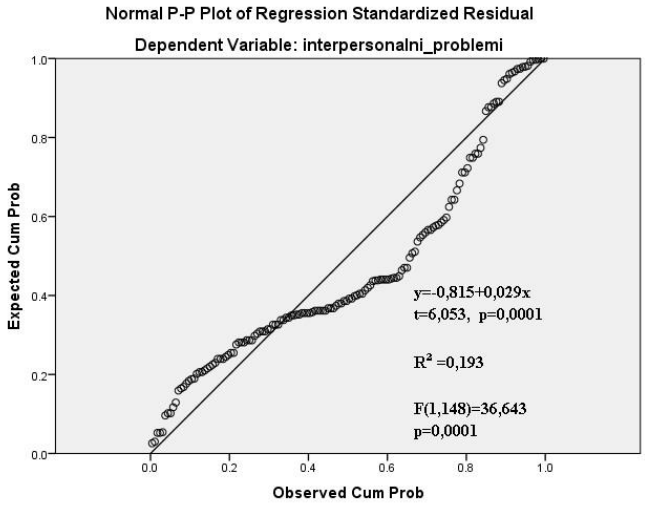


Графикон 3: Линеарна реграсија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

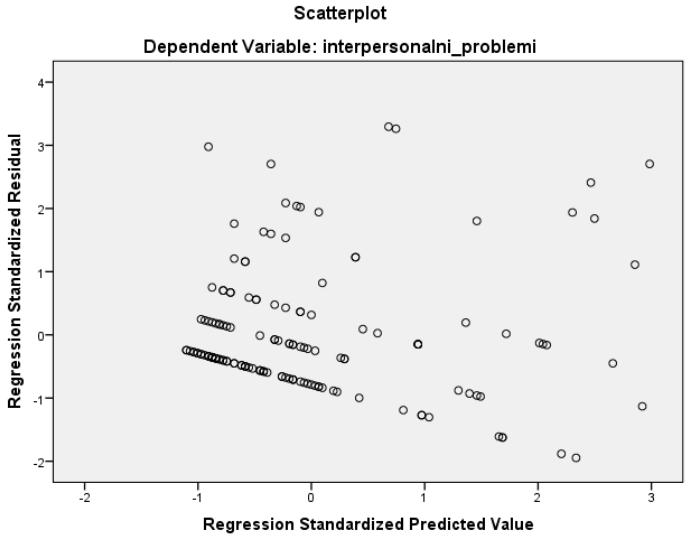


Графикон 3а: Линеарна реграсија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

Од графиконите 3 и 3а можеме да се забележиме дека постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност помеѓу промените во скорот за негативно самопочитување и промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека 16,2% од промените во скорот за негативно самопочитување можат да се објаснат со промените во скорот на дислексија.

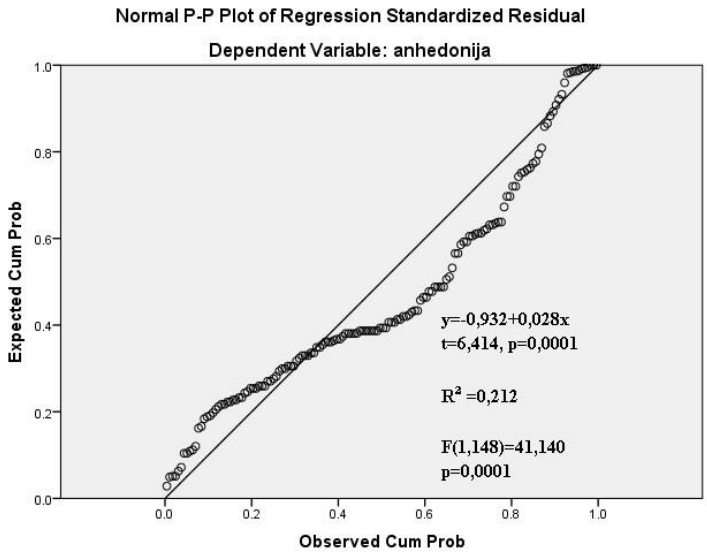


Графикон 4: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

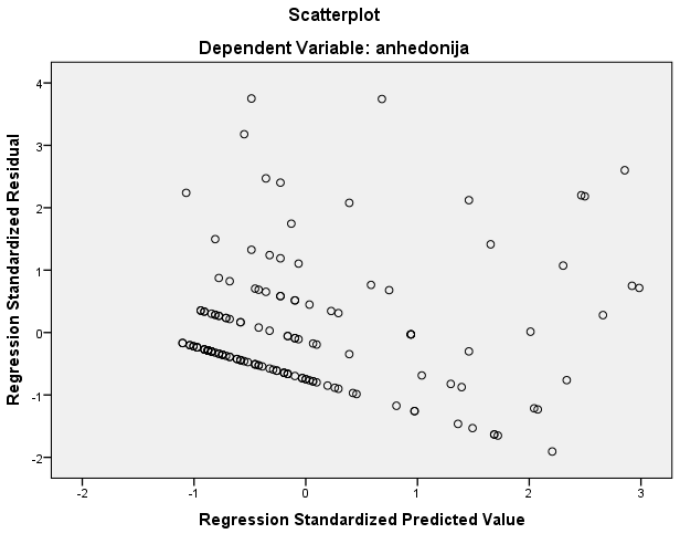


Графикон 4а: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

На погорните два графикони можеме да забележиме дека помеѓу скорот на интерперсонални проблеми и скорот за дислексија постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност, која објаснува 19,3% од промените во скорот на интерперсонални проблеми.

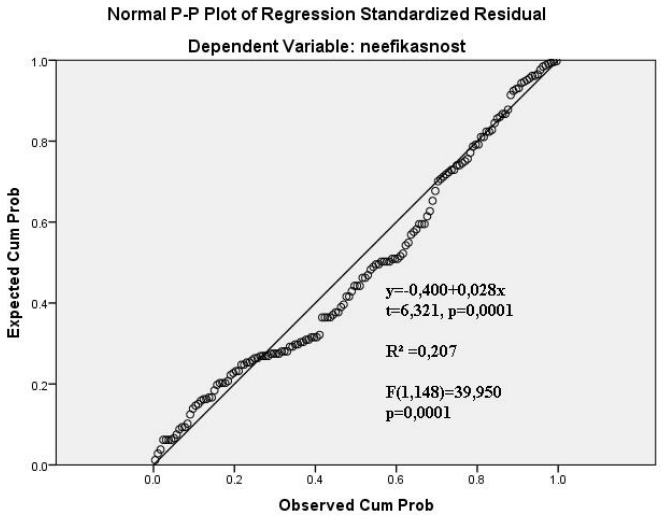


Графикон 5: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

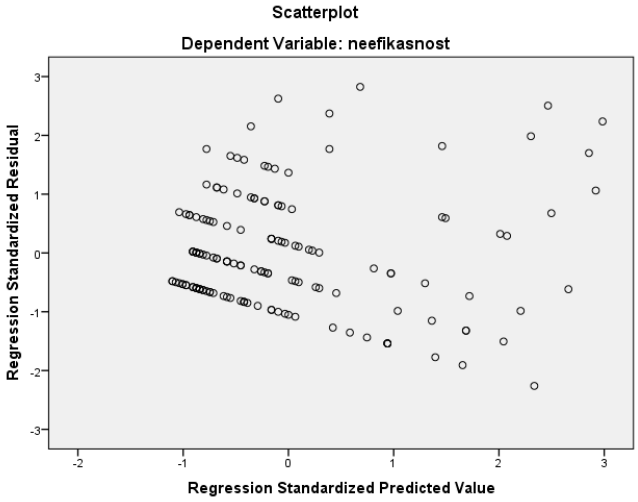


Графикон 5а: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

Од графиконите 5 и 5а можеме да забележиме дека 21,2% од промените во скорот за анхедонија можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скотот за анхедонија и скорот за дислексија.



Графикон 6: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници



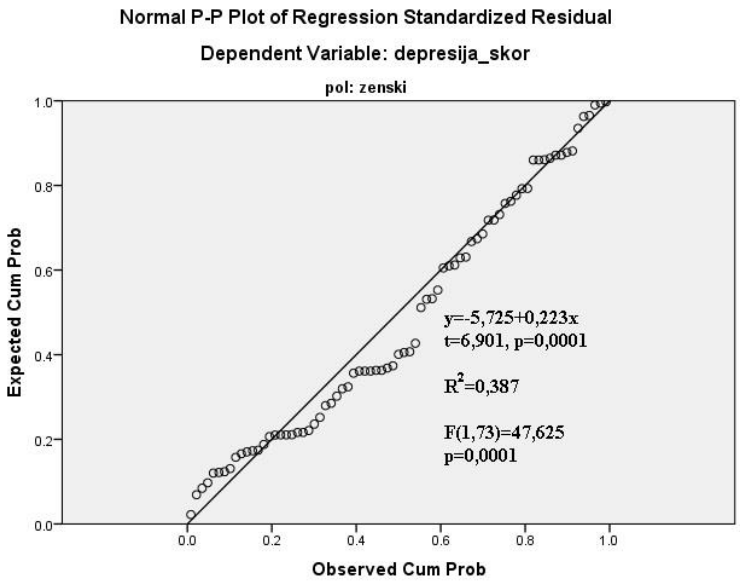
Графикон 6а: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај сите испитаници

Од графиконите 6 и 6а можеме да забележиме дека 20,7% од промените во скорот за неефикасност можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија. Исто така, може да се забележи дека постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скорот за неефикасност и скорот за дислексија.

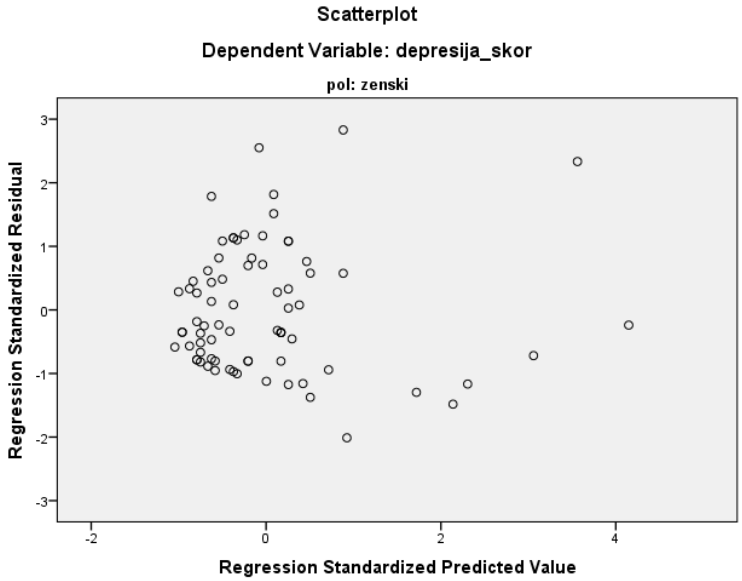
Табела 31: Корелација помеѓу скорот добиен на тестот за дислексија, скорот добиен на тестот за депресија и скорот добиен за сите 5 фактори од тестот за депресија засебно кај испитаниците од женски пол

Женски	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Дислексија скор	1						
(2) Депресија скор	0,628 (0,0001)	1					
(3) Негативно расположение	0,783 (0,0001)	0,792 (0,0001)	1				
(4) Негативно самопочитување	0,433 (0,0001)	0,879 (0,0001)	0,536 (0,0001)	1			
(5) Интерперсо-нални проблеми	0,451 (0,0001)	0,800 (0,0001)	0,608 (0,0001)	0,635 (0,0001)	1		
(6) Анхедонија	0,367 (0,0001)	0,754 (0,0001)	0,487 (0,0001)	0,575 (0,0001)	0,498 (0,0001)	1	
(7)Неефикасност	0,545 (0,0001)	0,864 (0,0001)	0,631 (0,0001)	0,689 (0,0001)	0,613 (0,0001)	0,658 (0,0001)	1

Од претходната табела може да заклучиме дека кај испитаниците од женски пол, постои статистички сигнификантна позитивна корелација (p=0,0001) помеѓу сите параметри од табелата.

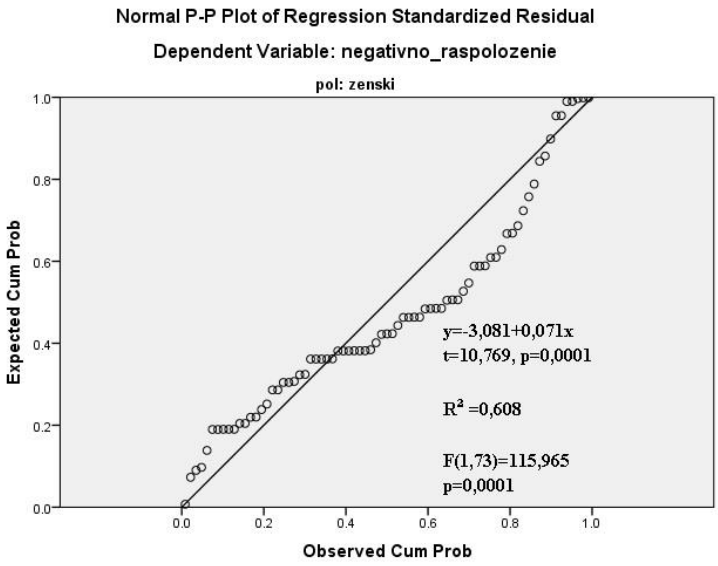


Графикон 7: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

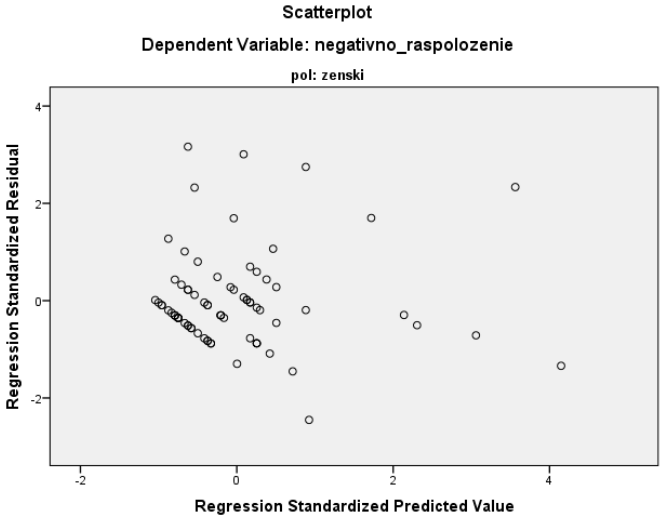


Графикон 7а: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

Од графиконите 7 и 7а можеме да забележиме дека кај испитаниците од женски пол постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност помеѓу скорот на дислексија и скорот на депресија. Скорот за дислексија објаснува дури 38,7 % од промените во скорот на депресија.

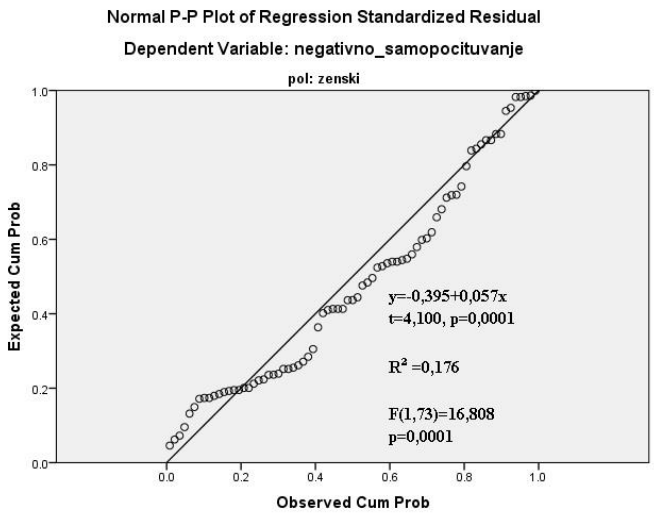


Графикон 8: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

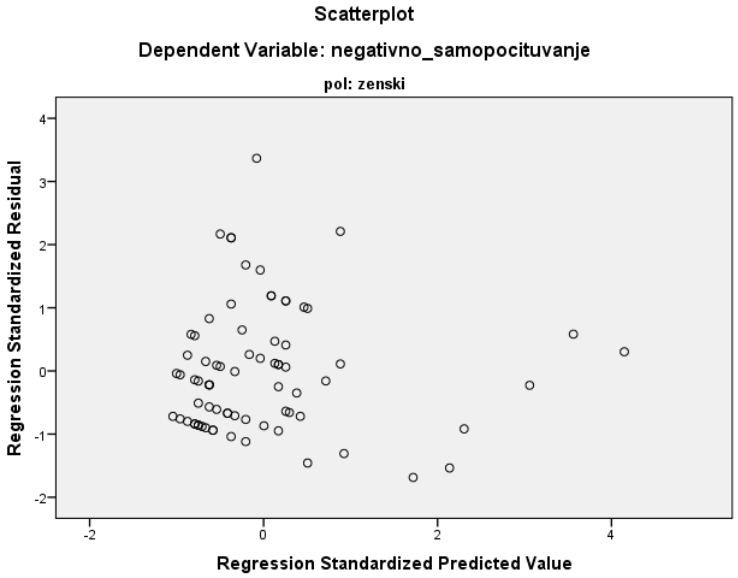


Графикон 8а: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

Од графиконите 8 и 8а можеме да заклучиме дека кај испитаниците од женски пол, промените во скорот за негативно расположение се сигнификантно позитивно линеарно поврзани со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека 60,8% од промените во скорот за негативно расположение можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија.

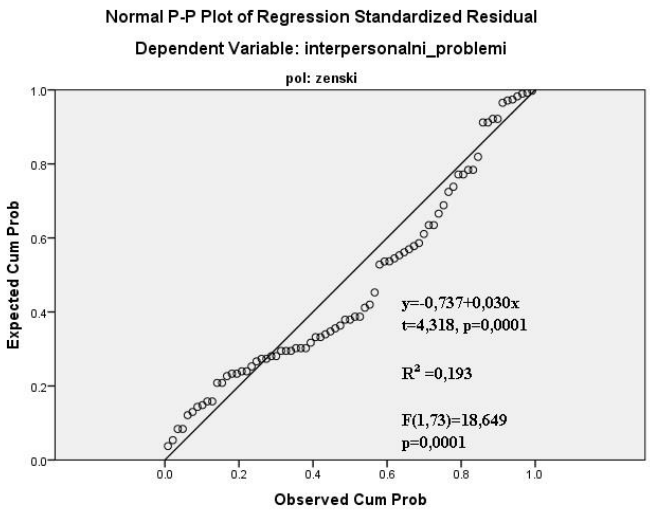


Графикон 9: Линеарна реграсија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

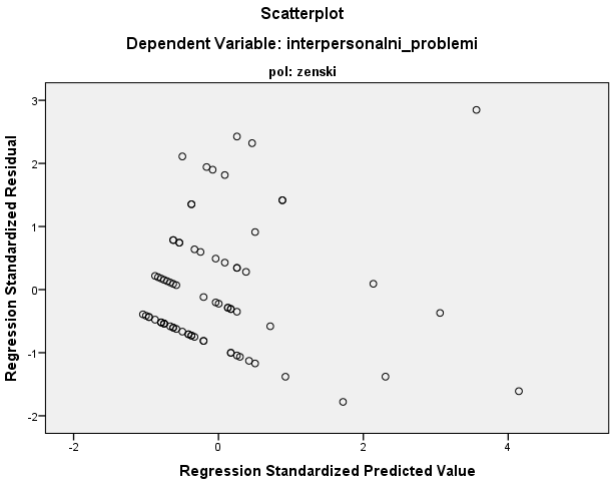


Графикон 9а: Линеарна реграсија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

Од графиконите 9 и 9а можеме да се забележи дека кај испитаниците од женски пол постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност помеѓу промените во скорот за негативно самопочитување и промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека кај испитаниците од женски пол 16,808% од промените во скорот за негативно самопочитување можат да се објаснат со промените во скорот на дислексија.

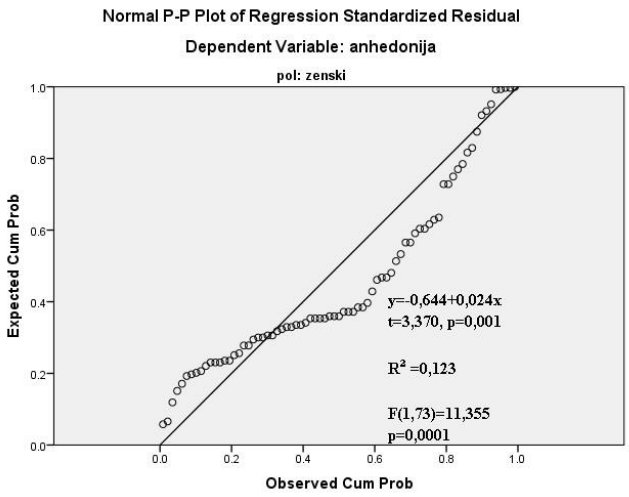


Графикон 10: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

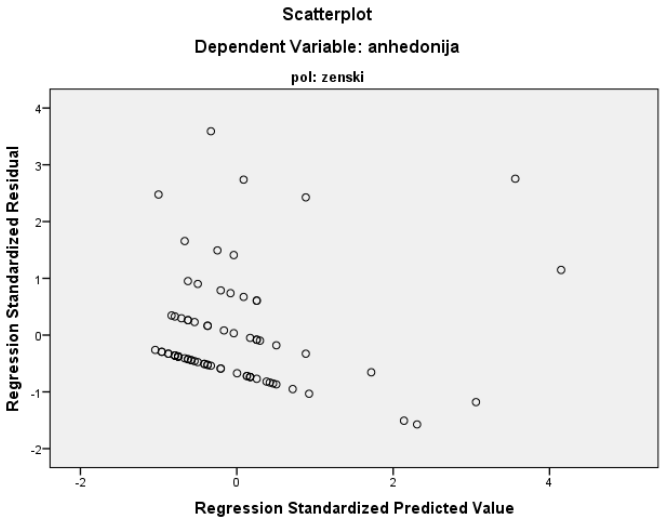


Графикон 10а: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

На погорните два графикони можеме да забележиме дека кај испитаниците од женски пол помеѓу скорот на интерперсонални проблеми и скорот за дислексија постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност, која објаснува 19,3% од промените во скорот на интерперсонални проблеми.

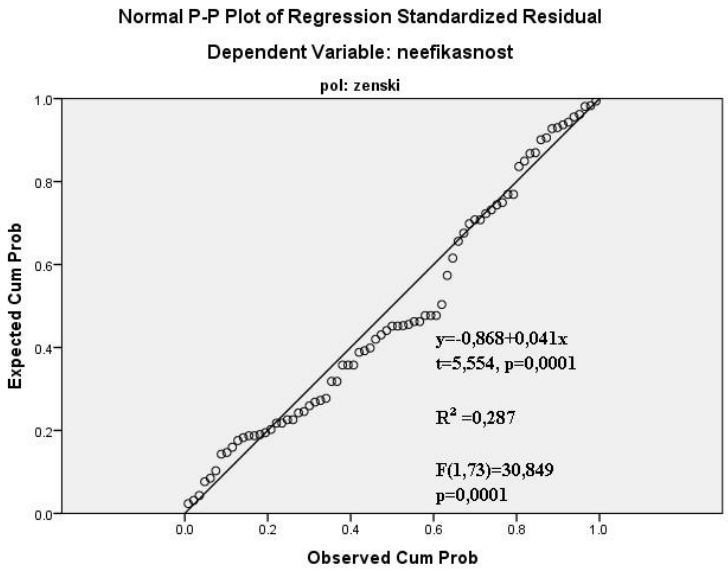


Графикон 11: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

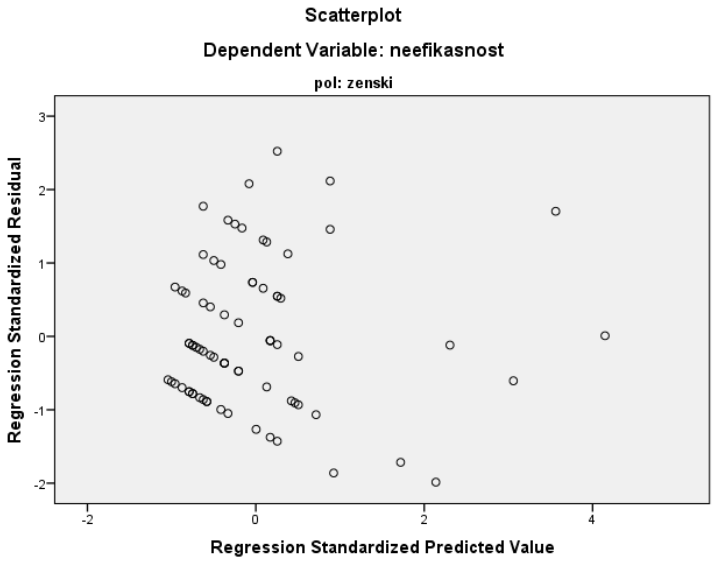


Графикон 11а: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

Поврзаноста на скорот за анхедонија и скорот за дислексија кај испитаниците од женски пол е претставена на графиконите 11 и 11а. Од нив можеме заклучиме дека 12,3% од промените во скорот за анхедонија кај испитаниците од женски пол можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скотот за анхедонија и скорот за дислексија, кај испитаниците од женски пол.



Графикон 12: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол



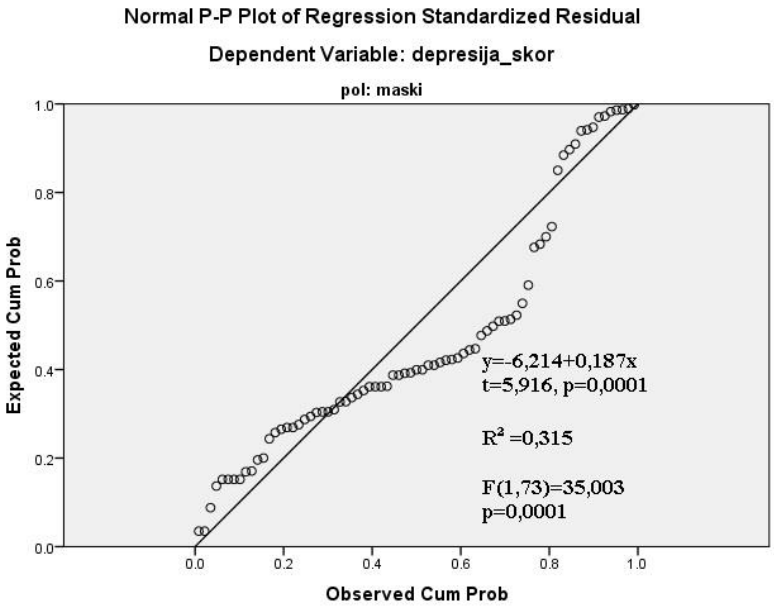
Графикон 12а: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од женски пол

Од графиконите 12 и 12а можеме да забележиме дека 28,7% од промените во скорот за неефикасност, кај испитаниците од женски пол, можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија. Исто така, може да се забележи дека постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скорот за неефикасност и скорот за дислексија, кај испитаниците од женски пол.

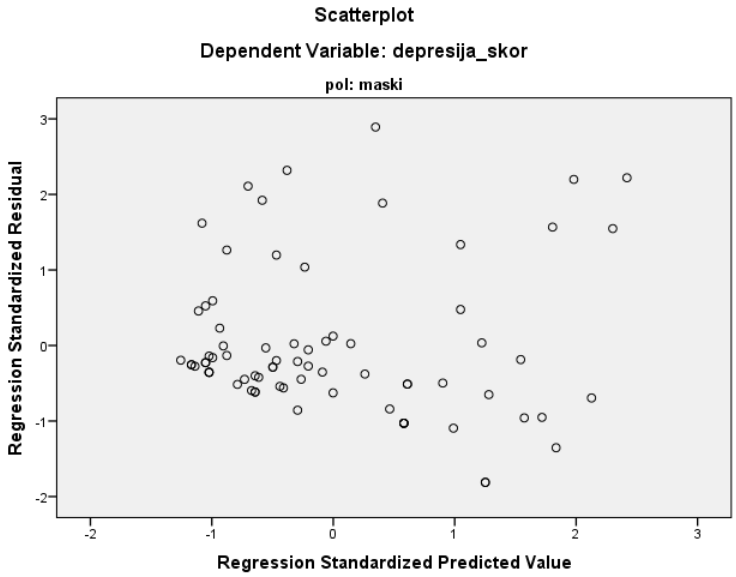
Табела 32: Корелација помеѓу скорот добиен на тестот за дислексија, скорот добиен на тестот за депресија и скорот добиен за сите 5 фактори од тестот за депресија засебно кај испитаниците од машки пол

Машки	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Дислексија скор	1						
(2) Депресија скор	0,569 (0,0001)	1					
(3) Негативно расположение	0,618 (0,0001)	0,874 (0,0001)	1				
(4) Негативно самопочитување	0,470 (0,0001)	0,976 (0,0001)	0,790 (0,0001)	1			
(5) Интерперсо-нални проблеми	0,450 (0,0001)	0,887 (0,0001)	0,699 (0,0001)	0,818 (0,0001)	1		
(6) Анхедонија	0,492 (0,0001)	0,837 (0,0001)	0,635 (0,0001)	0,725 (0,0001)	0,698 (0,0001)	1	
(7)Неефикасност	0,505 (0,0001)	0,855 (0,0001)	0,696 (0,0001)	0,757 (0,0001)	0,687 (0,0001)	0,704 (0,0001)	1

Од претходната табела може да заклучиме дека кај испитаниците од машки пол, постои статистички сигнификантна позитивна корелација (p=0,0001) помеѓу сите параметри од табелата.

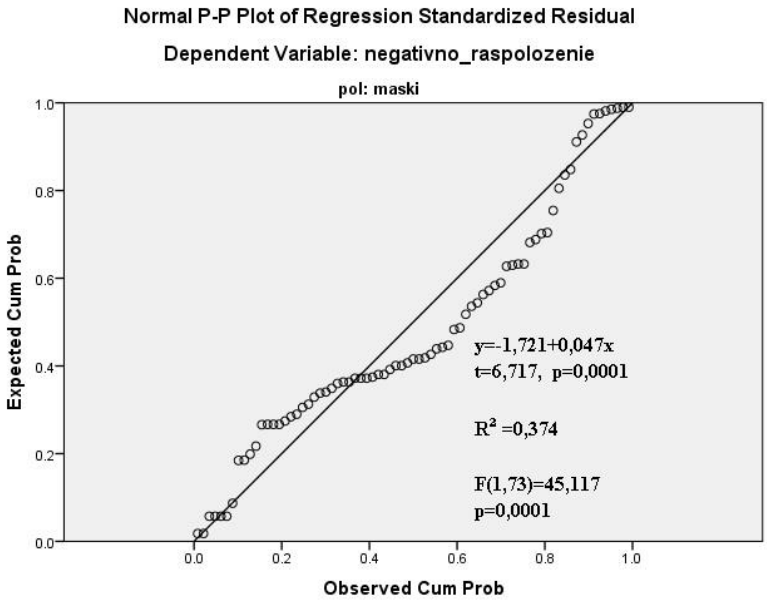


Графикон 13: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

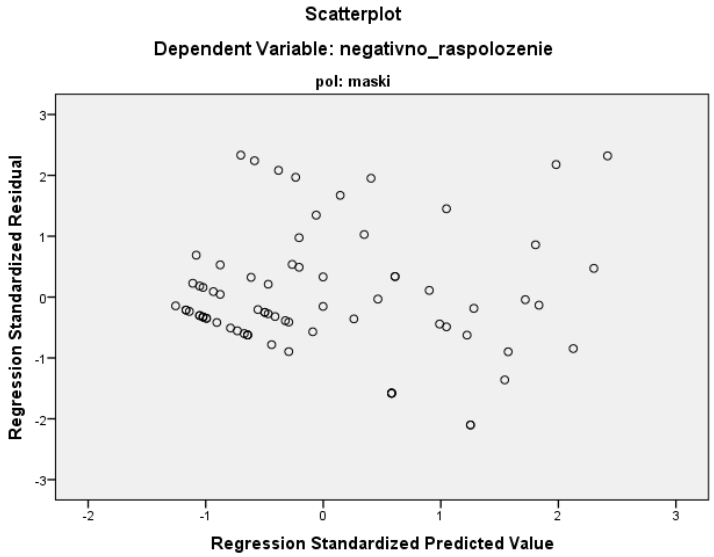


Графикон 13а: Линеарна реграсија на скорот на депресија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

Од погорните два графикони можеме да забележиме дека кај испитаниците од машки пол, постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност помеѓу скорот на дислексија и скорот на депресија. Со скорот за дислексија се објануваат дури 31,5 % од промените во скорот на депресија.

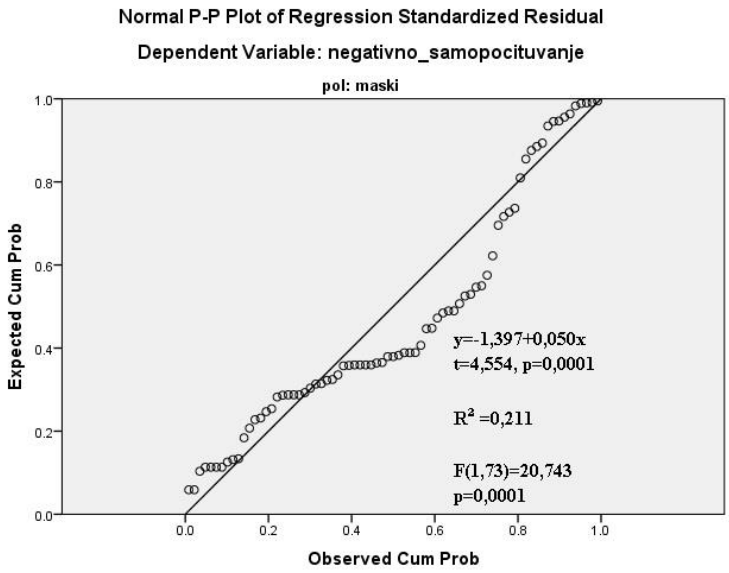


Графикон 14: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

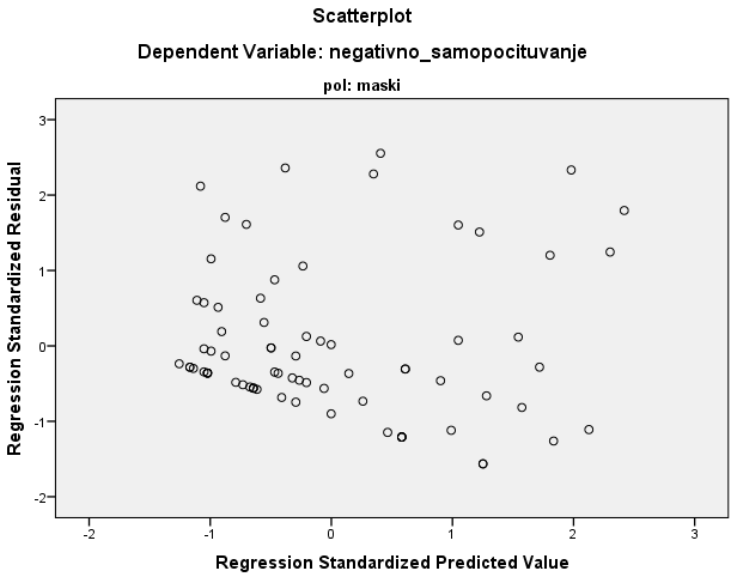


Графикон 14а: Линеарна реграсија на скорот на негативно расположение во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

Од графиконите 14 и 14а можеме да заклучиме дека кај испитаниците од машки пол, промените во скорот за негативно расположение се сигнификантно позитивно линеарно поврзани со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека 37,4% од промените во скорот за негативно расположение можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија.



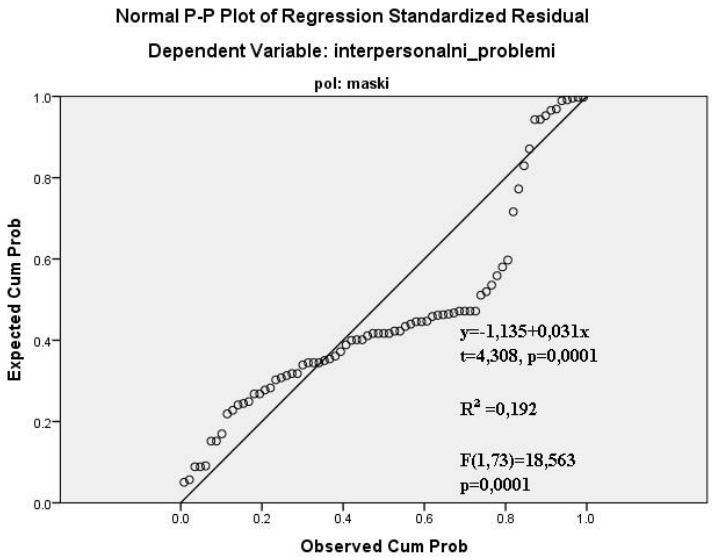
Графикон 15: Линеарна регресија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол



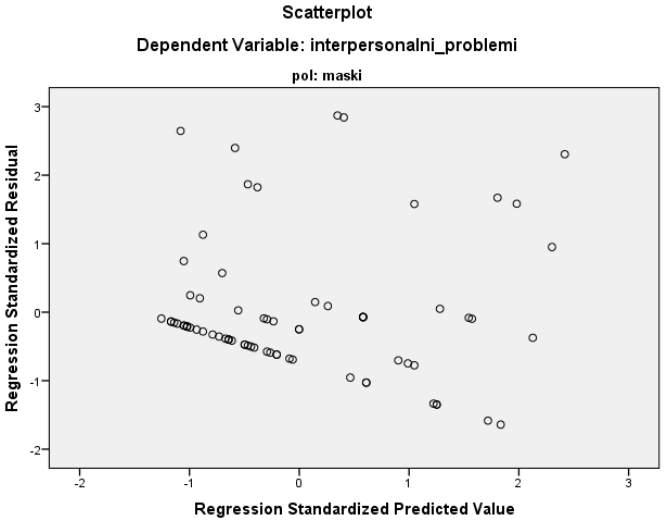
Графикон 15а: Линеарна реграсија на скорот на негативно самопочитување во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

Од графиконите 15 и 15а можеме да забележиме дека кај испитаниците од машки пол постои сигнификантна позитивна линеарна поврзаност помеѓу промените во скорот за негативно самопочитување и промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да забележиме дека кај испитниците од машки пол, 21,1% од промените во скорот за негативно самопочитување можат да се објаснат со промените во скорот

на дислексија.



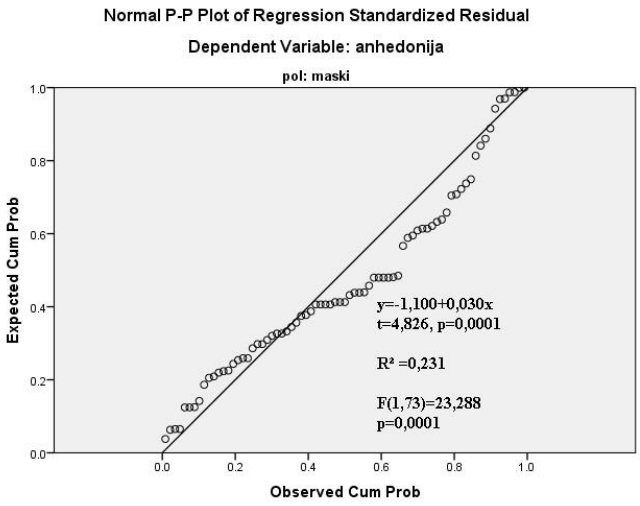
Графикон 16: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол



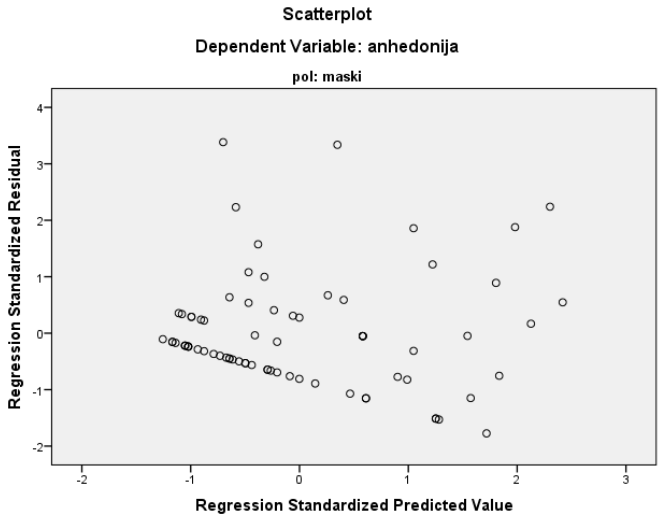
Графикон 16а: Линеарна реграсија на скорот на интерперсонални проблеми во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

На погорните два графикони можеме да забележиме дека кај испитаниците од машки пол, помеѓу скорот на интерперсонални проблеми и скорот за дислексија постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност, која објаснува 19,2% од промените

во скорот на интерперсонални проблеми.



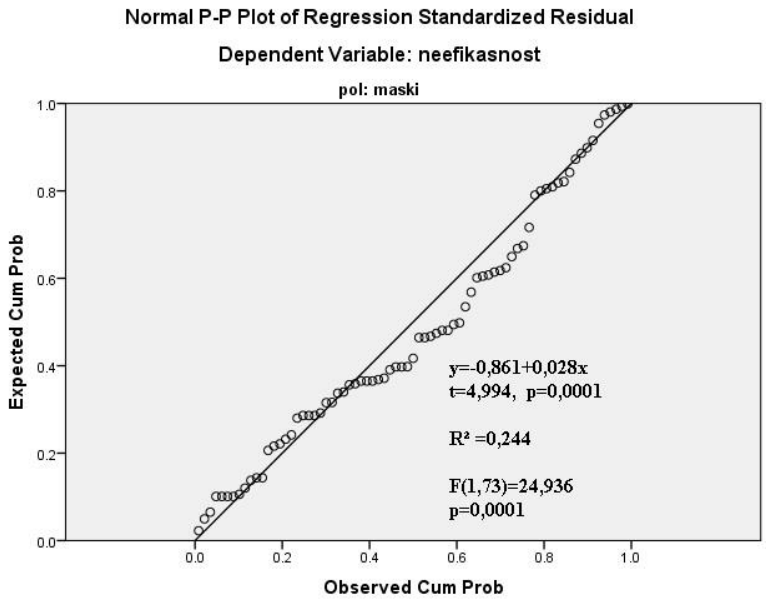
Графикон 17: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол



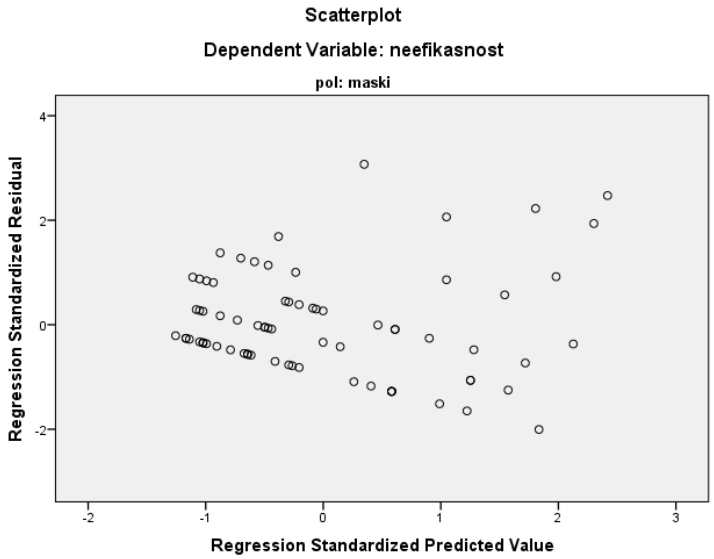
Графикон 17а: Линеарна реграсија на скорот на анхедонија во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

Поврзаноста на скорот за анхедонија и скорот за дислексија кај испитаниците од машки пол е претставена на графиконите 17 и 17а. Од нив можеме да заклучиме дека 23,1% од промените во скорот за анхедонија кај испитаниците од машки пол можат да се објаснат со промените во скорот за дислексија. Исто така, можеме да заклучиме дека

постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скорот за анхедонија и скорот за дислексија, кај испитаниците од машки пол.



Графикон 18: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол



Графикон 18а: Линеарна реграсија на скорот на неефикасност во однос на скорот на дислексија кај испитаниците од машки пол

Од графиконите 18 и 18а можеме да забележиме дека 24,4% од промените во скорот за неефикасност, кај испитаниците од машки пол, можат да се објаснат со

промените во скорот за дислексија. Исто така, може да се забележи дека постои статистички сигнификантна позитивна поврзаност помеѓу скорот за неефикасност и скорот за дислексија, кај испитаниците од машки пол.

4. ДИСКУСИЈА

Маргинализирани, окарактеризирани како мрзеливи, малтретирани и исмевани од соучениците, без потребната поддршка и помош од наставниците – вака голем број на дислексични деца го поминуваат образованието кај нас. Во нашиот образовен систем децата почнуваат да учат да читаат и пишуваат во второ одделение. Значи овие деца поминуваат една година во образовниот систем без никој воопшто ни да помисли дека имаат дислексија. Посебно, па ако детето нема дискалкулија, затоа што математиката почнува да се изучува во прво одделение, никој не ни помислува дека тоа дете има некакви потешкотии. Но, за жал, со почетокот на изучување на азбуката, почнуваат и првите проблеми. Детето не може да ги прати останатите деца во нивното темпо на читање и пишување. Големиот број на ученици во одделенијата (од 20 до 30), исто така претставува голем проблем и за детето и за наставникот. Детето не може да научи да чита и пишува на ист начин како останатите деца, па поради тоа заостанува зад другите. Наставникот, посебно ако претходно немал искуство со дете со дислексија, предава на начин којшто е најпогоден за поголемиот број деца и нема време во еден наставен час да може да се посвети и на посебен начин да проба да работи со детето кое има дислексија. Часовите минуваат, материјалот се трупа, детето не може да го постигне и почнува да се фрустрира затоа што и покрај големиот вложен труд, нема успех. Ако наставникот побара од дислексично дете да чита пред цел клас, доста често се случува останатите деца да го исмеваат детето со дислексија, па поради тоа секое наредно јавно читање е сè полошо и полошо. На писмените тестови овие деца имаат доста лоши резултати, што не соодветствуваат со резултатите добиени со усно испрашување на детето.

Доста често наставниците кажуваат дека детето е мрзливо, дека родителите се многу попустливи, па следат совети како спрема детето треба да се постапува малку построго и со казни. Сето тоа наместо да вроди со плод, дава контра-ефект и уште повеќе ја влошува и така лошата ситуација. Детето се повлекува во себе, не се дружи

ни со другарчињата повеќе.

Актуелното истражување претставува студија на пресек, во која се проценува присуството на депресијата кај децата кои имаат дислексија, во споредба со децата кои немаат дислексија, преку анализа на резултатите добиени од Прашалникот за дислексија и Инвентарот за депресија кај децата – CDI, во 2020 година.

Од анализата на резултатите, добиени со пополнување на Прашалникот и дислексија и Инвентарот за депресија кај децата – CDI, можеме да забележиме дека:

- ***Постои статистички сигнификантна разлика во однос на присуството на дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол, односно процентот на испитаници од машки пол кои имаат дислексија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници од женски пол кои имаат дислексија.***

- ***Постои статистички сигнификантна разлика во однос на присуството на депресија помеѓу испитаниците кои имаат и немаат дислексија, односно процентот на испитаници со депресија е статистички сигнификантно повисок кај оние деца кои имаат дислексија, во споредба со процентот на испитаници со депресија помеѓу децата без депресија.***

Со анализа на корелациите и линеарнта регресија на испитуваните параметри, утврдена е значајна разлика помеѓу двете групи, и тоа:

- ***Постои статистички сигнификантна позитивна корелација помеѓу скорот за дислексија, скорот за депресија и сите 5 фактори од инвентарот за депресија, кај сите испитаници.***
- ***Постои статистички сигнификантна позитивна корелација помеѓу скорот за дислексија, скорот за депресија и сите 5 фактори од инвентарот за депресија, кај испитаниците од женски пол.***
- ***Постои статистички сигнификантна позитивна корелација помеѓу скорот за дислексија, скорот за депресија и сите 5 фактори од инвентарот за депресија, кај испитаниците од машки пол.***

Во актуелната студија не постои статистички сигнификантна разлика помеѓу исоитаниците од машки и женски пол во однос на возраста. Просечната возраст на испитаниците од женски пол е 12,64±3,1, а просечната возраст на испитаниците од машки пол е 11,92±2,282. Комплементарноста на испитаниците од машки и женски пол во однос на возраста, претставуваше солидна основа за анализа и споредба и другите податоци добиени од Прашалникот за дислексија и Инветарот за депресија – CDI.

Анализи на резултатите од тестот за дислексија

Од анализата на резултатите добиени од тестот за дислексија, можеме да заклучиме дека во однос на скорот за дислексија постои ***статистички сигнификантна разлика помеѓу испитаниците од двата пола (p<0,001).*** Просечната вредност на скорот за дислексија кај испитаниците од женски пол изнесува 67,92±23,890, а кај испитаниците од машки пол изнесува 86,07±34,294, односно ***испитаниците од машки пол имаат статистички сигнификантно повисок скор на тестот за дислексија од испитаниците од женски пол***. Постои ***статистички сигнификантна разлика во однос на присуството, односно отсуството, на дислексија помеѓу испитаниците од машки и женски пол.*** Односно, процентот на испитаници од женски пол кои немаат дислексија е статистички сигнификантно повисок, во однос на процентот на испитаници од машки пол кои немаат дислексија. Следствено на тоа, процентот на испитаници од машки пол кои имаат дислексија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници од женски пол кои имаат дислексија. Исто така, ***помеѓу испитаниците од машки и женски пол постои статистички сигнификантна разлика во однос на процентот на испитаници кои немаат дислексија, имаат одреден степен на дислексија или имаат изразена дислексија.*** Roongpraiwan, R. и сор. (2002) во нивната студија каде што ја испитувале преваленцата и клиничките карактеристика на дислексијата кај тајландските ученици од основните училишта, покажеле дека преваленцата на дислексија и веројатната дислексија е 6,3% кај испитаниците од машки пол и 12,6% кај испитанивите од женски пол. Според резултатите добиени од истражувањето кое го спровеле Sahoo MK и сор., кај деца под 19 год. во Индија, преваленцата на лица со потешкотии во учењето се движи од 2% до 10%, додека 80% од вкупниот број на деца со потешкотии во учењето имаат дислексија.

Анализа на резултатите од Инвентарот за депресија - CDI

Од анализата на резултатите добиени од Инвентарот за депресија, можеме да заклучиме дека испитаниците од машки пол имаат повисок скор на тестот за депресија во однос на испитаниците од женски пол. Но оваа разлика не е статистички сигнификантна. Испитаниците од женски пол имаат повисок скор на факторот за негативно самопочитување, во однос на испитаниците од машки пол, но оваа разлика не е статистички сигнификантна. Во однос на останатите 4 фактори, испитаниците од машки пол имаат несигнификантно повисок скор. Son, S. E., & Kirchner, J. T. (2000). Во нивната студија за депресијата кај децата и адолесцентите во САД дошле до заклучок дека преваленцата на големо депресивно растројство е застапена кај приближно 1% од децата од предучилишна возраст, 2% кај деца на училишна возраст и 5-8% кај адолесценти. Половиот однос е еквивалентен кај деца од пред-пубертетот и се зголемува на сооднос 2: 1 жена-маж кај адолесценти.

Испитаниците со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI, посебно, како и повисока средна вредност на вкупниот скор за депресија, во однос на испитаниците без дислексија. Процентот на испитаици со дислексија кои имаат депресија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници кои немаат дислескија а имаат депресија. Исто така, постои статистички сигнификантна разлика помеѓу испитаниците кои имаат одреден степен на дислексија и изразена дислексија, во однос на процентот на испитаници кои имаат депресија.

Испитаниците од машки пол со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI посебно, како и повисока средна вредност на вкупниот скор за депресија, во однос на испитаниците од машки пол без дислексија. Процентот на испитаници со дислексија кои имаат депресија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници кои немаат дислескија а имаат депресија.

Испитаниците од женски пол со дислексија имаат статистички сигнификантно повисоки средни вредности за сите 5 фактори на CDI посебно, како и повисока средна вредност на вкупниот скор за депресија, во однос на испитаниците од женски пол без дислексија. Процентот на испитаици со

дислексија кои имаат депресија е статистички сигнификантно повисок од процентот на испитаници кои немаат дислескија а имаат депресија.

Постои статистички сигнификантна (p<0.001) разлика во однос на просечната вредност на скорот за депресија, помеѓу испитаниците со одреден степен и со изразена дислексија.

Gallegos J. и сор. во нивната студија ја споредуваат сериозноста и ризикот од депресија кај 130 деца со проблеми во учењето и кај 130 со нормален развој, што е првото истражување за истражување на емоционалните потешкотии на мексиканските деца со проблеми во учењето. Во студијата е користен Инвентарот за депресија кај деца, CDI, и е забележано дека децата со нарушување во учењето, во поголем процент се изложени на ризик од депресија, споредено со деца со типичен развој (32% наспроти 18%). Резултатите покажауваат дека мексиканските деца со пореметување во учењето имаат поголем ризик од депресија во споредба со децата со типичен развој и ја потенцираат можната корелација помеѓу депресијата и проблемите со учењето, потребата за промовирање на рана идентификација и ефективни интервенции за емоционална поддршка на деца со нарушување во учењето.

5. ЗАКЛУЧОЦИ

Земајќи ја предвид целта на истражувањето, врз основа на анализата на добиените резултати, може да се донесат следниве заклучоци:

Врз основа на добиените резултати, можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна разлика помеѓу испитаниците кои имаат различен степен на дислексија во однос на средната вредност на скорот за депресија. Односно испитаниците кои имаат изразена депресија, имаат статистички сигнификантно повисок скор на тестот за депресија, во однос на оние испитаници кои имаат одреден степен на дислексија. Исто така, процентот на испитаници кои имаат изразена дислексија и депресија, е статистички сигнификантно повисок, за разлика од процентот на испитаници кои имаат одреден степен на дислексија и депресија.

Со ова се докажува **потхипотезата 1, потхипотезата 1а и потхипотезата 1б,** дека степенот на дислексија влијае на појавата на симптоми на депресија кај детето, односно ако дислексијата е посилно изразена, нивото на депресија кај детето ќе биде повисоко и ако дислексијата е послабо изразена, нивото на депресија кај детето ќе биде пониско.

Во однос на тврдењето во потхипотеза 2, потхипотеза 2а и потхипотеза 2б: Според резултатите добиени од истражувањето, можеме да заклучиме дека не постои статистички сигнификантна разлика во однос на присуството на депресија кај децата со дислексија, во зависност од полот. Според тоа, **не се докажани потхипотезата 2, потхипотеза 2а и потхипотеза 2б.**

Во однос на тврдењето во потхипотеза 3, потхипотеза 3а и потхипотеза 3б: Според резултатите добиени од истражувањето можеме да заклучиме дека не постои статистички сигнификантна разлика во однос на присуството на депресија, кај децата генерално, во зависност од полот. Според тоа **не се докажани потхипотезата 3, потхипотеза 3а и потхипотеза 3б.**

Според резултатите добиени од истражувањето, можеме да заклучиме дека постои разлика во присуството на дислексија кај децата од различен пол, дислексијата е статистички сигнификантно почесто застапена помеѓу децата од машки пол, во однос на децата од женски пол. Децата од машки пол исто така имаат статистички

сигнификантно повисока средна вредност на тестот за дислексија. Со тоа се докажува тврдењето во **потхипотезата 4, потхипотезата 4а и потхипотезата 4б.**

Според резултатите добиени од истражувањето, можеме да заклучиме дека постои статистички сигнификантна корелација помеѓу скорот за дислексија, скорот за депресија и сите 5 фактири на CDI. Присуството на дислексија влијае на појавата на депресија кај децата. Односно, присуството на дислексија ја зголемува можноста за појава на депресија кај децата, а нејзиното отсуство ја намалува можноста за појава на депресија. **Со тоа се докажува тврдењето во генералната хипотеза.**

6. ПРЕПОРАКИ

Оваа студија ја потенцира потребата за идентификување на децата кои имаат дислексија со цел навремено да се интервенира за да им се помогне да го надминат овој тежок развоен период на транзиција. Меѓусебната врска помеѓу слабото читање и емоционалните потешкотии и однесувањето, откриени во оваа студија, исто така, ја потенцира можноста дека кај децата кои имаат психолошки проблеми, во позадина на тие симптоми може да се крие дислексија. Проценките за читање на децата кои имаат потешкотии во читањето може да помогнат да се идентификуваат не само децата кои имаат потреба од индивидуализирани или интензивни инструкции за читање и пишување, туку и деца кои се изложени на ризик од повеќе психолошки и психосоцијални проблеми. Раната дијагноза на дислексија е важна бидејќи се покажа дека интервенциите се поефикасни кај помалите деца. Покрај тоа, и за спречување, или барем ублажување на секундарните ефекти на дислексија. Учениците со дислексија треба да се охрабрат да се активираат во области, како што се спорт, уметност (музика, цртање, работа со глина) и слични социјални активности каде што би можеле добро да се снаоѓаат, а со тоа и да мислат попозитивно за себе. Училиштата, исто така, треба да понудат алтернативни образовни програми прилагодени на способностите на секој ученик, со цел да им се даде на учениците со дислексија можност да се чувствуваат успешно во училиште.

Ефективни програми за корекција на читање, подобрување на фокус и концентрација, како и психосоцијалните интервенции би им помогнале на лицата со дислексија да ја подобрат сликата која ја имаат за себе.

7. РЕФЕРЕНЦИ

1. Alexander-Passe, N. (2006). How dyslexic teenagers cope: an investigation of self-esteem, coping and depression. *Dyslexia*, *12*(4), 256-275.
2. Aluja, A., & Blanch, A. (2002). The Children Depression Inventory as predictor of social and scholastic competence. *European Journal of Psychological Assessment*, *18*(3), 259.
3. American Academy of Pediatrics. (2009). Learning disabilities, dyslexia, and vision. *Pediatrics*, *124*(2), 837-844.
4. American Psychiatric Association, A. P. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).
5. Are Depression and Dyslexia Linked? | Pulse TMS. Pulsetms.com. (2020). Retrieved 24 November 2020, from https://pulsetms.com/depression/dyslexia/.
6. Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
7. Berlin, R. (1883). Über dyslexie. *Medicinisches Correspondenzblatt des Württembergischen Ärztlichen Landesvereins* , 53, 209.
8. Boetsch, E. A., Green, P. A., & Pennington, B. F. (1996). Psychosocial correlates of dyslexia across the life span. *Development and Psychopathology*, *8*(3), 539-562.
9. Bonifacci, P., Candria, L., & Contento, S. (2008). Reading and writing: what is the relationship with anxiety and depression?. *Reading and Writing*, *21*(6), 609-625.
10. British Psychological Society. Division of Educational and Child Psychology. (1999). Dyslexia, literacy and psychological assessment. Leicester: British Psychological Society.
11. Broadbent, W. (1896, January). Note on Dr Hinshelwood's communication on word-blindness and visual memory. *Lancet* , 147(3775), 18.
12. Bruck, M. (1992). Persistence of dyslexics' phonological awareness deficits. *Developmental Psychology*, *28*(5), 874–886.
13. Cardon, L. R., Smith, S. D., Fulker, D. W., Kimberling, W. J., Pennington, B. F., & DeFries, J. C. (1994). Quantitative trait locus for reading disability on chromosome 6. Science (New York, N.Y.), 266(5183), 276–279.
14. Castles, A., Rastle, K., & Nation, K. (2018). Ending the reading wars: Reading acquisition from novice to expert. *Psychological Science in the Public Interest*, *19*(1), 5-51.

15. Conant, L. L., Liebenthal, E., Desai, A., Seidenberg, M. S., & Binder, J. R. (2020). Differential activation of the visual word form area during auditory phoneme perception in youth with dyslexia. *Neuropsychologia*, *146*, 107543.
16. Daucourt, M. C., Erbeli, F., Little, C. W., Haughbrook, R., & Hart, S. A. (2020). A meta-analytical review of the genetic and environmental correlations between reading and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and reading and math. *Scientific Studies of Reading*, *24*(1), 23-56.
17. Démonet, J. F., Taylor, M. J., & Chaix, Y. (2004). Developmental dyslexia. *The Lancet*, *363*(9419), 1451-1460.
18. Doyle, N. (2020). Neurodiversity at work: a biopsychosocial model and the impact on working adults. *British Medical Bulletin*, *135*(1), 108.
19. Dyck, M. J., Hay, D., Anderson, M., Smith, L. M., Piek, J., & Hallmayer, J. (2004). Is the discrepancy criterion for defining developmental disorders valid?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(5), 979-995.
20. Dyslexia | NEJM. New England Journal of Medicine. (2020). Retrieved 21 November 2020, from https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199801293380507
21. Edwards, A. C., Kendler, K. S., & Beck, B. A. (2010). Depression: Causes and Treatment. *Psychological Medicine*, *40*(5), 872.
22. Eissa, M. (2010). Behavioral and emotional problems associated with dyslexia in adolescence. *Current Psychiatry*, *17*(1), 17-25.
23. Evans, R. J. W. (2020). A Pioneer in Context: TR Miles and the Bangor Dyslexia Unit. *Oxford Review of Education*, *46*(4), 439-453.
24. Felton, R. H., Naylor, C. E., & Wood, F. B. (1990). Neuropsychological profile of adult dyslexics. *Brain and Language*, *39*(4), 485–497.
25. Fletcher, J. M., Shaywitz, S. E., Shankweiler, D. P., Katz, L., Liberman, I. Y., Stuebing, K. K., ... & Shaywitz, B. A. (1994). Cognitive profiles of reading disability: comparisons of discrepancy and low achievement definitions. *Journal of Educational Psychology*, *86*(1), 6.
26. Fowler, A. E., Liberman, I. Y., & Feldman, L. B. (1995). The role of phonology and orthography in morphological awareness. *Morphological aspects of language processing*, 157-188.
27. Franklin, A. W. (Ed.). (1962). *Word-blindness Or Specific Developmental Dyslexia: Proceedings of a Conference Called by the Invalid Children's Aid Association, 12 April*

1962, and Held in the Medical College of St. Bartholomew's Hospital, London. Pitman Medical Publishing Company.

28. Gabel, L. A., Gibson, C. J., Gruen, J. R., & LoTurco, J. J. (2010). Progress towards a cellular neurobiology of reading disability. *Neurobiology of disease*, *38*(2), 173-180.
29. Gallagher, A., Frith, U., & Snowling, M. J. (2000). Precursors of literacy delay among children at genetic risk of dyslexia. *Journal of child psychology and psychiatry*, *41*(2), 203-213.
30. Gallegos, J., Langley, A., & Villegas, D. (2012). Anxiety, Depression, and Coping Skills Among Mexican School Children: A Comparison of Students With and Without Learning Disabilities. Learning disability quarterly : journal of the Division for Children with Learning Disabilities, 35(1), 10.1177/0731948711428772.
31. Ghisi, M., Bottesi, G., Re, A. M., Cerea, S., & Mammarella, I. C. (2016). Socioemotional features and resilience in Italian university students with and without dyslexia. *Frontiers in psychology*, *7*, 478.
32. Giovagnoli, S., Mandolesi, L., Magri, S., Gualtieri, L., Fabbri, D., Tossani, E., & Benassi, M. (2020). Internalizing symptoms in developmental dyslexia: a comparison between primary and secondary school. *Frontiers in psychology*, *11*, 461.
33. Goldston, D. B., Walsh, A., Arnold, E. M., Reboussin, B., Daniel, S. S., Erkanli, A., ... & Wood, F. B. (2007). Reading problems, psychiatric disorders, and functional impairment from mid-to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 25-32.
34. Grant, J. G., Siegel, L. S., & D'Angiulli, A. (2020). From schools to scans: A neuroeducational approach to comorbid math and reading disabilities. *Frontiers in Public Health*, *8*.
35. Grigorenko, E. L., Wood, F. B., Meyer, M. S., Hart, L. A., Speed, W. C., Shuster, A., & Pauls, D. L. (1997). Susceptibility loci for distinct components of developmental dyslexia on chromosomes 6 and 15. American journal of human genetics, 60(1), 27–39.
36. Grimm, T., Garshasbi, M., Puettmann, L., Chen, W., Ullmann, R., Müller-Myhsok, B., ... & Kuss, A. W. (2020). A Novel Locus and Candidate Gene for Familial Developmental Dyslexia on Chromosome 4q. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*.
37. Harrington, R., Whittaker, J., & Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *173*(4), 291-298.

38. Heiervang, E., & Hugdahl, K. (2003). Impaired visual attention in children with dyslexia. *Journal of learning disabilities*, *36*(1), 68-73.
39. Hinshelwood, J. (1907). Four cases of congenital word-blindness occurring in the same family. *The British Medical Journal*, 1229-1232.
40. Ingesson, S. G. (2007). Growing up with dyslexia: Interviews with teenagers and young adults. *School Psychology International*, *28*(5), 574-591.
41. Joynson, R. B. (2003). Selective interest and psychological practice: A new interpretation of the Burt affair. *British Journal of Psychology*, *94*(3), 409-426.
42. Karádi, K., Kovács, B., Szepesi, T., Szabó, I., & Kállai, J. (2001). Egocentric mental rotation in Hungarian dyslexic children. *Dyslexia*, *7*(1), 3-11.
43. Kashani, J. H., Cantwell, D. P., Shekim, W. O., & Reid, J. C. (1982). Major depressive disorder in children admitted to an inpatient community mental health center. *The American Journal of Psychiatry*, *139*(5), 671–672.
44. Kirby, P. (2019). Worried mothers? Gender, class and the origins of the'dyslexia myth'. *Oral History*, 92-104.
45. Kirby, P. (2020). Dyslexia debated, then and now: a historical perspective on the dyslexia debate. *Oxford Review of Education*, *46*(4), 472-486.
46. Kirby, P. (2020). Literacy, advocacy and agency: The campaign for political recognition of dyslexia in Britain (1962–1997). *Social history of medicine*, *33*(4), 1306-1326.
47. Kovacs M. (1985). The Children's Depression, Inventory (CDI). Psychopharmacology bulletin, 21(4), 995–998.
48. Kussmaul, A. (1877). Chapter XXVII. In H.von Ziemssen (Ed.), *Cyclopaedia of the practice of medicine: Vol. XIV: Diseases of the nervous system and disturbances of speech* (pp. 770–778). William Wood.
49. Lawlor, C. (2012). *From melancholia to Prozac: A history of depression*. Oxford University Press on Demand.
50. Lin, Y., Zhang, X., Huang, Q., Lv, L., Huang, A., Li, A., ... & Huang, Y. (2020). The Prevalence of Dyslexia in Primary School Children and Their Chinese Literacy Assessment in Shantou, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7140.
51. Livingston, R. (1985). Depressive illness and learning difficulties: research needs and practical implications. *Journal of Learning Disabilities*, *18*(9), 518-520.

52. Locascio, G., Mahone, E. M., Eason, S. H., & Cutting, L. E. (2010). Executive dysfunction among children with reading comprehension deficits. *Journal of learning disabilities*, *43*(5), 441-454.
53. Lyon, G. R., Fletcher, J. M., & Barnes, M. C. (2003). Learning disabilities.
54. Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). A definition of dyslexia. *Annals of dyslexia*, *53*(1), 1-14.
55. Macdonald, S. J. (2010). Towards a social reality of dyslexia. *British Journal of Learning Disabilities*, *38*(4), 271-279.
56. Mammarella, I. C., & Pazzaglia, F. (2010). Visual perception and memory impairments in children at risk of nonverbal learning disabilities. *Child Neuropsychology*, *16*(6), 564-576.
57. Manis, F. R., McBride-Chang, C., Seidenberg, M. S., Keating, P., Doi, L. M., Munson, B., & Petersen, A. (1997). Are speech perception deficits associated with developmental dyslexia?. *Journal of experimental child psychology*, *66*(2), 211-235.
58. Maughan, B., Rowe, R., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2003). Reading problems and depressed mood. *Journal of abnormal child psychology*, *31*(2), 219-229.
59. Maughan, B., Rutter, M., & Yule, W. (2020). The Isle of Wight studies: the scope and scale of reading difficulties. *Oxford Review of Education*, *46*(4), 429-438.
60. Mazumdar, P. M. H. (2004). Burt, Sir Cyril Lodowic (1883–1971). *Oxford Dictionary of National Biography*.
61. Memisevic, H., Dedic, A., Biscevic, I., Hadzic, S., Pasalic, A., & Malec, D. (2020). Identifying predictors of reading speed and reading comprehension in Bosnian. *Applied Neuropsychology: Child*, 1-10.
62. Meng, H., Smith, S. D., Hager, K., Held, M., Liu, J., Olson, R. K., ... & Gruen, J. R. (2005). DCDC2 is associated with reading disability and modulates neuronal development in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *102*(47), 17053-17058.
63. Menghini, D., Hagberg, G. E., Petrosini, L., Bozzali, M., Macaluso, E., Caltagirone, C., & Vicari, S. (2008). Structural correlates of implicit learning deficits in subjects with developmental dyslexia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1145*(1), 212-221.
64. Morgan, W. P. (1896). A case of congenital word blindness. *British medical journal*, *2*(1871), 1378.

65. Nicolson, R. I., & Fawcett, A. J. (2011). Dyslexia, dysgraphia, procedural learning and the cerebellum. *Cortex*, *47*(1), 117-127.
66. Novita, S. (2016). Secondary symptoms of dyslexia: a comparison of self-esteem and anxiety profiles of children with and without dyslexia. *European journal of special needs education*, *31*(2), 279-288.
67. Paracchini, S., Scerri, T., & Monaco, A. P. (2007). The genetic lexicon of dyslexia. *Annual review of genomics and human genetics*, *8*.
68. Pennington, B. F., Willcutt, E., & Rhee, S. H. (2005). Analyzing comorbidity. In *Advances in child development and behavior* (Vol. 33, pp. 263-304). JAI.
69. Peterson, R. L., & Pennington, B. F. (2015). Developmental dyslexia. *Annual review of clinical psychology*, *11*, 283-307.
70. Pickering, S. J. (2006). Working memory in dyslexia.
71. Pugh, K. R., Mencl, W. E., Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Fulbright, R. K., Constable, R. T., ... & Gore, J. C. (2000). The angular gyrus in developmental dyslexia: task-specific differences in functional connectivity within posterior cortex. *Psychological science*, *11*(1), 51-56.
72. Ramus, F., Rosen, S., Dakin, S. C., Day, B. L., Castellote, J. M., White, S., & Frith, U. (2003). Theories of developmental dyslexia: insights from a multiple case study of dyslexic adults. *Brain*, *126*(4), 841-865.
73. Rüsseler, J., Gerth, I., & Münte, T. F. (2006). Implicit learning is intact in adult developmental dyslexic readers: Evidence from the serial reaction time task and artificial grammar learning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *28*(5), 808-827.
74. Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L. J., Goodman, R., Maughan, B., ... & Carroll, J. (2004). Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *Jama*, *291*(16), 2007-2012.
75. Sahoo, M. K., Biswas, H., & Padhy, S. K. (2015). Psychological co-morbidity in children with specific learning disorders. *Journal of family medicine and primary care*, *4*(1), 21.
76. Sako, E. (2016). The emotional and social effects of dyslexia. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, *2*(2), 233-241.
77. Sampson, O. C. (1976). Fifty years of dyslexia a review of the literature, 1925-75 II Practice. *Research in Education*, *15*(1), 39-53.

78. Santi, K. L., Kulesz, P. A., Khalaf, S., & Francis, D. J. (2015). Developmental changes in reading do not alter the development of visual processing skills: an application of explanatory item response models in grades K-2. *Frontiers in psychology*, *6*, 116.
79. Scarborough, H. S. (1998). Early identification of children at risk for reading disabilities: Phonological awareness and some other promising predictors. *Specific reading disability: A view of the spectrum*, *10*(2), 75-119.
80. Schulte-Körne, G. (2010). The prevention, diagnosis, and treatment of dyslexia. *Deutsches Ärzteblatt International*, *107*(41), 718.
81. Seidenberg, M. (2017). *Language at the Speed of Sight: How we Read, Why so Many CanÕt, and what can be done about it*. Basic Books.
82. Serniclaes, W., Sprenger-Charolles, L., Carré, R., & Demonet, J. F. (2001). Perceptual discrimination of speech sounds in developmental dyslexia.
83. Shankweiler, D., Crain, S., Katz, L., Fowler, A. E., Liberman, A. M., Brady, S. A., ... & Shaywitz, B. A. (1995). Cognitive profiles of reading-disabled children: Comparison of language skills in phonology, morphology, and syntax. *Psychological Science*, *6*(3), 149-156.
84. Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., Pugh, K. R., Fulbright, R. K., Mencl, W. E., Constable, R. T., ... & Gore, J. C. (2001). The neurobiology of dyslexia. *Clinical neuroscience research*, *1*(4), 291-299.
85. Shaywitz, S. E. (1998). Dyslexia. *New England Journal of Medicine*, *338*(5), 307-312.
86. Shaywitz, S. E. (2003). *Overcoming dyslexia: A new and complete science-based program for reading problems at any level*. Vintage.
87. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). The science of reading and dyslexia. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus {JAAPOS}*, *7*(3), 158-166.
88. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2004). Neurobiologic Basis for Reading and Reading Disability.
89. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (specific reading disability). *Biological psychiatry*, *57*(11), 1301-1309.
90. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2011). Dyslexia.
91. Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2013). Psychopathology of dyslexia and reading disorders.

92. Shaywitz, S. E., Gruen, J. R., & Shaywitz, B. A. (2007). Management of dyslexia, its rationale, and underlying neurobiology. *Pediatric Clinics of North America*, *54*(3), 609-623.
93. Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Fletcher, J. M., & Escobar, M. D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut Longitudinal Study. *Jama*, *264*(8), 998-1002.
94. Shaywitz, SE, Shaywitz, BA (2003a) Dyslexia. Pediatric Review 24: 147–55.
95. Siegel, L. S. (1994). Working memory and reading: A life-span perspective. *International journal of behavioral development*, *17*(1), 109-124.
96. Siegel, L. S., & Mazabel, S. (2014). Basic cognitive processes and reading disabilities.
97. Snowling, M. (1987). *Dyslexia: A cognitive developmental perspective*. Basil Blackwell.
98. Snowling, M. J. (2008). Specific disorders and broader phenotypes: The case of dyslexia. *Quarterly journal of experimental psychology*, *61*(1), 142-156.
99. Snowling, M. J., Hulme, C., & Nation, K. (2020). Defining and understanding dyslexia: past, present and future. *Oxford Review of Education*, *46*(4), 501-513.
100. Snowling, M., & Hulme, C. (1989). A longitudinal case study of developmental phonological dyslexia. *Cognitive Neuropsychology*, *6*(4), 379-401.
101. Son, S. E., & Kirchner, J. T. (2000). Depression in children and adolescents. *American family physician*, *62*(10), 2297-2308.
102. Sorrenti, L., Spadaro, L., Mafodda, A. V., Scopelliti, G., Orecchio, S., & Filippello, P. (2019). The predicting role of school Learned helplessness in internalizing and externalizing problems. An exploratory study in students with Specific Learning Disorder. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, *7*(2).
103. Stein, J., & Walsh, V. (1997). The magnocellular theory of dyslexia: reply. *Trends in Neurosciences*, *20*, 398.
104. Stenhouse, G. (1995). *Confident Children: Developing Your Child's Self-esteem*. Oxford University Press.
105. Tallal, P., & Stark, R. E. (1982). Perceptual/motor profiles of reading impaired children with or without concomitant oral language deficits. *Annals of Dyslexia*, *32*(1), 163-176.
106. Tam, H. E., & Hawkins, R. (2012). Self-concept and depression levels of students with dyslexia in Singapore.
107. Taylor, H. G. (2007). Analysis of reading disorders from a neuropsychological perspective.

108. Taylor, J. L., Lindsay, W. R., Hastings, R. P., & Hatton, C. (Eds.). (2012). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. John Wiley & Sons.
109. Thambirajah, M. S. (2010). Developmental dyslexia: clinical aspects. *Advances in psychiatric treatment*, *16*(5), 380-387.
110. Thambirajah, M. S. (2011). *Developmental assessment of the school-aged child with developmental disabilities: A clinician's guide*. Jessica Kingsley Publishers.
111. Vazou, S., Klesel, B., Lakes, K. D., & Smiley, A. (2020). Rhythmic Physical Activity Intervention: Exploring Feasibility and Effectiveness in Improving Motor and Executive Function Skills in Children. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2392.
112. Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): What have we learned in the past four decades?. *Journal of child psychology and psychiatry*, *45*(1), 2-40.
113. Vellutino, F. R., Scanlon, D. M., & Reid Lyon, G. (2000). Differentiating between difficult-to-remediate and readily remediated poor readers: More evidence against the IQ-achievement discrepancy definition of reading disability. *Journal of Learning Disabilities*, *33*(3), 223-238.
114. Wagner, R. F. (1973). 5. Rudolf berlin: Originator of the term dyslexia. *Bulletin of the Orton Society*, *23*(1), 57-63.
115. Wang, Z., Sabatini, J., & O'Reilly, T. (2020). When Slower is Faster: Time Spent Decoding Novel Words Predicts Better Decoding and Faster Growth. *Scientific Studies of Reading*, *24*(5), 397-410.
116. Whyte, W. (2020). Class and classification: the London Word Blind Centre for Dyslexic children, 1962–1972. *Oxford Review of Education*, *46*(4), 414-428.
117. Willcutt, E. G., & Pennington, B. F. (2000). Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of learning disabilities*, *33*(2), 179-191.
118. Willcutt, E. G., Petrill, S. A., Wu, S., Boada, R., DeFries, J. C., Olson, R. K., & Pennington, B. F. (2013). Comorbidity between reading disability and math disability: Concurrent psychopathology, functional impairment, and neuropsychological functioning. *Journal of learning disabilities*, *46*(6), 500-516.
119. Williams, D. M., & Lind, S. E. (2013). Comorbidity and diagnosis of developmental disorders.
120. Willows, D. M., Corcos, E., & Kruk, R. S. (Eds.). (1993). *Visual processes in reading and reading disabilities*. Routledge.

8. ПРИЛОЗИ

Тест за проценка на дислексија

•Наведете го вашиот пол:

□Машко

□Женско

1.Имав тешкотии додека да ја научам азбуката.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

2.Тешко ги одредувам насоките лево и десно.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

3.Имам слаба самодоверба.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

4.При писмена работа правам граматички грешки при употреба на мала и голема буква и употреба на интерпункциски знаци (точка, запирка, извичник и др.).

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

5.Кога зборувам, тешко ми е да го најдам вистинскиот збор за да именувам или да опишам нешто.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

6.Ми се случува да добијам ненадејна желба да нацртам или да направам нешто креативно.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

7.Чувствувам дека сум различен/а од другите во однос на тоа како ги разбирам работите како што се двосмислени работи, вицови, хумор, метафори и слично.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

8.Тешко ми е да запомнам повеќе инструкции одеднаш и се чувствувам збунето.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

9.Полесно учам кога материјалот ќе го поделам во делови и/или шематски ќе го прикажам.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене.

10.Подобро го разбирам материјалот кога ми чита некој друг.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

11.Родителите и наставниците ми велат дека не се трудам доволно, иако тоа не е така.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

12.И покрај тоа што се трудам, ме нарекуваат „мрзелив“, „глупав“, „неодговорен“, „незрел“.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

13.Имам проблем со разбирањето на текстуалните задачи по математика.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

14.Ми се случува да добивам послаби оценки и покрај тоа што сум го учел материјалот.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

15.Ми се случува да го губам редот при читање.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

16.Често избегнувам да читам и пишувам.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

17.Применувам трикови за да избегнам читање на глас за време на часот.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

18.Имам проблем при пренесувањето на идеите во пишана форма.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

19.Никогаш него разбрав римувањето на зборови, и сè уште тешко можам да направам рима.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

20.Родителите и наставниците ми велат дека при пишување испуштам букви, заменувам букви и зборови, испуштам интерпункциски знаци и дека не ја знам употребата на мали и големи букви.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

21.Имам чувство дека буквите ми се замаглуваат, се губат или се движат додека читам.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

22.Во основно училиште бев исмеван/а поради моето читање.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

23.Се чувствувам нервозно кога треба да читам на глас пред јавност.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

24.Имам проблем да го разберам тоа што го читам и после повеќе пати прочитано.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

25.Се заморувам после неколку прочитани страници.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

26.Ме збунуваат слични букви како што се: „Џ“ и „Ц“, „Љ“ и „Њ“, „Ќ“ и „Ѓ“ , „Т“ и „Г“, „Х“ и „Ж“.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

27.Имам проблеми кога треба да препишувам од табла.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

28.Ми се случува да имам решение за одреден проблем, а да не можам да го образложам решението.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

29.Ме збунуваат кратките зборчиња во речениците: од, до, за, по, го, му ...

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

30.Сè уште тешко читам.

□Воопшто не се однесува на мене

□Малку се однесува на мене

□Понекогаш се однесува на мене

□Често се однесува на мене

Инвентар за депресија – CDI

1. Секогаш сум тажен.
    - Понекогаш сум тажен.
    - Често сум тажен.
    - Секогаш сум тажен.

2. Ништо никогаш нема да ми успее.
    - Секогаш сè ми успева како што сакам.
    - Не сум сигурен дека работите ми успеваат како што сакам.
    - Ништо не ми успева како што сакам.

3. Сè работам погрешно.
    - Најголем дел од работите ги работам правилно.
    - Повеќето работи ги работам погрешно.
    - Сите работи ги работам погрешно.

4. Ништо не ми е забавно.
    - Уживам во многу работи.
    - Уживам во некои работи.
    - Во ништо не уживам.

5. Јас сум лош цело време.
    - Ретко сум немирен.
    - Почесто сум немирен.

- Најчесто сум немирен.

6. Убеден сум дека нешто лошо ќе ми се случи.
    - Понекогаш мислам дека нешто лошо ќе ми се случи.
    - Загрижен сум дека нешто лошо ќе ми се случи.
    - Сигурен сум дека нешто лошо ќе ми се случи.

7. Се мразам себе си.
    - Се сакам себе си.
    - Не се сакам себе си.
    - Се мразам себе си.

8. Мислам дека сум виновен за сите лоши работи кои ми се случуваат.
    - Обично не сум виновен за лошите работи што ми се случуваат.
    - Мислам дека сум виновен за повеќето лоши работи што ми се случуваат.
    - Виновен сум за сите лоши работи што ми се случуваат.

9. Сакам да се повредам себе си (самоубијам)
    - Не сакам да се самоубијам.
    - Помислувам на самоубиство, но нема да го извршам.
    - Сакам да се самоубијам.

10. Ми се плаче секој ден.
    - Понекогаш ми се плаче.
    - Често ми се плаче.
    - Секој ден ми се плаче.

11. Сите работите ми пречат цело време.
    - Понекогаш, сѐ ми пречи.
    - Често, сѐ ми пречи.
    - Секогаш, сѐ ми пречи.

12. Воопшто не сакам да се дружам со луѓе.

- Сакам да се дружам со луѓе.
- Најчесто не сакам да се дружам со луѓе.
- Воопшто не сакам да се дружам со луѓе.

13. Тешко донесувам одлуки.
    - Лесно донесувам одлуки.
    - Потешко донесувам одлуки.
    - Воопшто не можам да донесам одлука.

14. Не изгледам убаво.
    - Убаво изгледам.
    - Не изгледам убаво.
    - Изгледам грдо.

15. Морам да се терам себеси да ја сработам домашната работа за на училиште.
    - Пишувањето домашна задача не ми претставува проблем.
    - Понекогаш морам да се терам себеси да ја сработам домашната работа.
    - Секогаш морам да се терам себеси да ја сработам домашната работа.

16. Не можам да спијам.
    - Многу лесно заспивам.
    - Понекогаш не можам да заспијам.
    - Не можам да заспијам секоја вечер.

17. Се чувствувам уморен
    - Понекогаш сум уморен.
    - Често сум уморен.
    - Секогаш сум уморен.

18. Често не сакам да јадам.
    - Секогаш имам добар апетит.
    - Често не сакам да јадам.

- Воопшто не сакам да јадам.

19. Постојано се грижам за болести и болки.
    - Никогаш не се грижам за болести и болки.
    - Често се грижам за болести и болки.
    - Секогаш се грижам за болести и болки.

20. Секогаш се чувствувам осамено.
    - Никогаш не се чувствувам осамено.
    - Понекогаш се чувствувам осамено.
    - Секогаш се чувствувам осамено.

21. Никогаш не се забавувам на училиште.
    - Најчесто се забавувам на училиште.
    - Понекогаш се забавувам на училиште.
    - Никогаш не се забавувам на училиште.

22. Немам пријатели.
    - Имам многу пријатели.
    - Имам неколку пријатели, но сакам да имам повеќе.
    - Немам пријатели.

23. По некои предмети по кои што ми одеше добро сега имам лоши оцени.
    - Јас сум добар ученик.
    - Не сум толку добар ученик како што бев.
    - По тие предмети по коишто ми одеше добро, сега имам лоши оцени.

24. Никогаш нема да бидам доволно добар.
    - Јас сум добар како сите деца.
    - Можам да бидам добар како другите деца, ако сакам.
    - Никогаш не можам да бидам добар како другите деца.

25. Никој не ме сака.
    - Сите ме сакаат.

- Не сум сигурен дека сите ме сакаат.
- Никој не ме сака.

26. Никогаш не правам тоа што ќе ми речат.
    - Обично правам како што ќе ми речат.
    - Понекогаш правам како што ќе ми речат.
    - Никогаш не правам тоа што ќе ми речат.

27. Често влегувам во тепачки.
    - Никогаш не влегувам во тепачки.
    - Понекогаш се тепам.
    - Секогаш влегувам во тепачки.